Aus der Kinderklinik B der Universitätsklinik Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. Eberhard Schmidt

PSYCHOSOZIALE ASPEKTE BEI DER PERINATALEN VERSORGUNG

Eine repräsentative Umfrage in Entbindungskliniken in der BRD

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Karin Rabe

1982

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Aus der Kinderklinik B der Universitätsklinik Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. Eberhard Schmidt

PSYCHOSOZIALE ASPEKTE BEI DER PERINATALEN VERSORGUNG

Eine repräsentative Umfrage in Entbindungskliniken in der BRD

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Karin Rabe

1982

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf
gez.: Prof. Dr. Hopf

Referent
gez.: Prof. Dr. Schmidt
Korreferent
Prof. Dr. von Ferber

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	Einführung und Fragestellung	2
1.1.	Einflüsse auf die Bereitschaft der Mutter, ihr Kind zu stillen und auf den Stillerfolg	2
1.2.	Rooming-in: Auswirkungen auf die Mutter-Kind Beziehung	4
1.3.	Bedeutung der Anwesenheit des Partners der Frau bei den Wehen und der Geburt	6
1.4.	Früher Vater-Kind Kontakt: Herstellung einer Beziehung zum Neugeborenen	7
2.	Methodik	
2.1.	WGO-Studiengruppe zur Perinatalversorgung - Charakterisierung der Studie	8
2.2.	Fragebogen	8
2.3.	Auswahl der befragten Krankenhäuser	8
2.3.1.	Krankenhaus-Typ	9
2.3.2.	Krankenhaus-Größe	9
2.3.3.	Regionale Verteilung	9
2.3.4.	Tabellarische Aufstellung nach Bundesländern und Krankenhaus-Bettengrößenklassen	11
2.4.	Rücklauf der verschickten Fragebögen	12
3.	Auswertung der ausgefüllten Fragebögen	
3.1.	Allgemeine Auswertung	14
3.2.	Vergleich: Fachkrankenhäuser - Allgemein-Krankenhäuser	21
3.3.	Vergleich: Krankenhaus-Bettengrößenklassen	31
3.4.	Regionaler Vergleich	41
3.5.	Informationsmaterial an die Eltern	51
4.	Zusammenfassung der Ergebnisse	53
5.	Literaturliste	56

Anhang: Der Fragebogen

1. Einführung und Fragestellung

Mit der wachsenden Erkenntnis, daß der Kontakt zwischen Mutter und Kind nach der Geburt eine wesentliche Rolle für die interfamiliäre Beziehung spielt, ist das Interesse an psychosozialen Faktoren bei der Krankenhausentbindung gewachsen. In der Folge berichten wir über eine Fragebogenaktion, die wir an einem repräsentativen Querschnitt geburtshilflicher Kliniken in der BRD zu diesem Thema durchgeführt haben.

Zunächst ein kurzer Überblick über die Problematik.

1.1. Einflüsse auf die Bereitschaft der Mutter, ihr Kind zu stillen und auf den Stillerfolg

Viele Untersuchungen haben offengelegt, daß die Muttermilch offensichtlich die ideale Ernährung für das Neugeborene darstellt (3, 5, 9, 13, 17, 30). Deshalb ist es zu begrüßen, daß heute immer mehr Mütter bereit sind, ihr Kind zu stillen. So schreibt BOLTE (2), daß 1978 84 % der Frauen vollstillend nach Hause entlassen wurden, gegenüber 55 % im Jahre 1974. BACON und WYLIE (1) berichteten, daß 1975 weniger als die Hälfte der Mütter beabsichtigten, ihr Kind zu stillen und daß die Abbruchquote ziemlich hoch war. ÖSTERLUND und TIMONEN stellen fest (25), daß in Finnland nahezu jede Mutter unmittelbar nach der Geburt beginne, ihr Kind zu stillen, vielen Müttern aber das Stillen auf lange Zeit nicht gelinge und die Stillfrequenz in den ersten 2 - 3 Monaten beträchtlich sinke.

Die Einflüsse, welche die Stillbereitschaft fördern oder hemmen, sind Gegenstand zahlreicher Untersuchungen geworden. Als Einflußgrößen sind genannt worden von DE CHATEAU und Mitarb. (4) als fördernd auf den Stillerfolg vor allen Dingen der direkte Hautkontakt zwischen Mutter und Kind und das Saugen direkt nach der Geburt, sowie verstärkte Informationen über die Vorteile des Stillens. Ein weiterer wichtiger Faktor scheint eine ausreichende Information des Vaters zu sein. Die totale Stilldauer war beträchtlich länger, wenn die Väter an den Vorbereitungskursen zum Stillen teilgenommen hatten. Deswegen sollten Väter in verstärktem Maße zu allen Müttervorbereitungskursen hinzugezogen werden.

ÖSTERLUND und TIMONEN (25) untersuchten den Einfluß des Vaters auf Stillerfolg und -dauer. Das Resultat zeigte, daß in der Gruppe, in der der Vater im Kreißsaal anwesend war, die längste Stilldauer registriert wurde, z.B. nach 3 Monaten noch ca. 80 % gegenüber ca. 60 % in der Gruppe, in welcher der Vater den Kreißsaal nicht betreten durfte.

Da das Stillen auf einer guten Zusammenarbeit von Mutter und Kind beruht, sollte der Kontakt so früh und intensiv wie möglich hergestellt werden, am besten noch innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt. Die Mütter erfahren dadurch die Vorteile eines frühen Saugreflexes, durch den die Sekretion von Prolaktin stimuliert wird, wie NEWTON (24) nachweisen konnte. JELLIFFE und JELLIFFE schreiben (17), daß Prolaktin das Schlüsselhormon ist, das die Milchproduktion initiiert und aufrechterhält. Die Produktion ist hauptsächlich das Ergebnis des Prolaktinreflexes, der durch das Saugen des Kindes an der Brust stimuliert wird. Dabei gibt es ein quantitatives Phänomen, daß das ausgeschüttete Prolaktin und damit die produzierte Milch direkten Bezug zum Saugstimulus hat, z.B. je früher und häufiger ein Neugeborenes gestillt wird, desto schneller erreicht es wieder sein Geburtsgewicht, teilweise auch wegen der schnellen Milchproduktion. Bei gesunden, termingerechten Neugeborenen ist der Saugreflex am stärksten kurz (20 - 30 Minuten) nach der Geburt. Eine intensive Stimulation zu dieser Zeit hat offensichtlich Einfluß auf den weiteren Stillerfolg.

SOSA und Mitarb. (32) beobachteten Mutter-Kind Einheiten, wobei in der Versuchsgruppe die Mütter ihre Kinder direkt nach der Geburt erhielten und nach der medizinischen Versorgung für 45 Minuten mit ihnen allein gelassen wurden in einem kleinen Raum, wo sie ermuntert wurden zu stillen. Die Kinder waren nackt, so daß ein Haut-zu-Haut Kontakt hergestellt werden konnte. In der Kontrollgruppe wurden die Mütter von ihren Kindern direkt nach der Geburt getrennt und bekamen ihr Kind erstmals 12 bis 24 Stunden (je nach Krankenhausroutine) nach der Geburt. Nach einem Jahr stillten von den Müttern, die ihre Kinder direkt nach der Geburt für einen verlängerten Hautkontakt erhalten hatten, in einem Krankenhaus noch 159 gegenüber 109 in der Kontrollgruppe, in einem anderen Hospital in der Versuchsgruppe 196, in der Kontrollgruppe 104.

In diesem Zusammenhang ist eine Untersuchung von LIND, VUORENKOSKI und WASZ-HÖCKERT (21) interessant, wonach das Hungerweinen von Neugeborenen einen Temperaturanstieg über den Brüsten lactierender Mütter hervorruft. Für die Milchproduktion scheint es demnach wichtig zu sein, daß eine gute Kommunikation zwischen Mutter und Kind besteht. Daraus folgt, daß es sicher von Nutzen ist, wenn Mutter und Kind im Krankenhaus zusammen sind (rooming-in) und die Fütterungszeiten nach dem Hungerweinen des Kindes (nach Bedarf) ausgerichtet werden, weil dann der Fütterungserfolg sowohl von Seiten der Mutter als auch von Seiten des Kindes auf optimale Bedingungen stößt, am ehesten gewährleistet ist und somit zu einer befriedigenden Angelegenheit für beide wird.

1.2. Rooming-in: Auswirkungen auf die Mutter-Kind Beziehung

Die Mutter eines gesunden, termingerecht geborenen Kindes, die im Krankenhaus entbunden wird, hat die meiste Zeit keinen engen, räumlichen Kontakt mit ihrem neugeborenen Kind. Selbst wenn ihr das Kind noch im Kreißsaal kurz auf den Bauch gelegt oder in den Arm gegeben wird und sie es an den folgenden Tagen zu den Fütterungszeiten bei sich hat, wurde ihr bisher normalerweise nicht gestattet, längere Zeit mit ihrem Kind zu verbringen. Änderungen in diese, in den Industrieländern übliche Handhabung, brachte die Einführung des Rooming-in. Das Kind wird dabei in einem Bettchen, das am Bett der Mutter steht, untergebracht. Die Mutter wird ermuntert, so bald sie in der Lage ist, die Pflege ihres Kindes selbst zu übernehmen.

GREENBERG und Mitarb. (11) beobachteten das Verhalten von Rooming-in Müttern und Nicht-rooming-in Müttern. Das Ergebnis zeigte, daß die Mütter, die ihre Kinder bei sich hatten, zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus größeres Zutrauen in ihre Fähigkeit hatten, ihr Kind zu Hause gut zu versorgen. Außerdem kannten sie die Bedeutung des Weinens ihres Kindes besser als die Nicht-rooming-in Mütter und reagierten deshalb auch mit weniger emotionalem Streß. Diese früh erworbene Fähigkeit der Mütter in der Handhabung ihres Kindes sowie das bessere Verständnis kindlichen Verhaltens, führten zu erhöhtem Selbstvertrauen und damit zu weniger Anspannung.

OLMSTED und Mitarb. (26) fanden, daß Kinder beim Stillen oft nervös werden, wenn die Mütter emotional angespannt sind. SHEA und Mitarb. (31) beobachteten, daß Mütter, die ihr Kind nur zu den Fütterungszeiten bei sich haben, häufig angespannt seien, wenn sie nach Hause gehen, ohne an das Kind gewöhnt zu sein. Diese Anspannung teile sich dem Kind mit, das nun seinerseits nervös reagiere und damit die Anspannung der Mutter nur vergrößere. Für eine künftige vertrauensvolle, ungestörte Mutter-Kind Beziehung sei es deshalb bedeutsam, daß die für die erste Zeit so wichtige Ernährungsfrage problemlos und ohne Unsicherheit und Anspannung gelöst werde. Gerade auch an diesem Punkt werden Gründe für unsicheres Verhalten der Mutter und spätere Verhaltensstörungen beim Kind vermutet (31).

Enger Kontakt in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt beeinflußt die Mutter-Kind Beziehung möglicherweise nachhaltig. Verschiedene Studien haben gezeigt, daß Rooming-in Mütter häufiger (16, 33) und länger (21) stillen. Weiterhin beobachtete DE CHATEAU (4), daß Mütter, denen früh ausgedehnten Kontakt mit ihren Kindern gestattet wurde, ihre Kinder doppelt so lang nachts fütterten und sie es weniger als Belastung empfanden, wie Mütter, die nur den durch den Krankenhausbetrieb begrenzten, üblichen Kontakt mit ihren Kindern hatten.

Darüberhinaus gibt es noch eine interessante Studie von KLAUS, KENNELL, RINGLER und Mitarb., die über 5 Jahre das Verhalten von Müttern beobachteten, denen früher und verlängerter Kontakt mit ihren Kindern gestattet wurde, im Vergleich zu Müttern, denen nur der übliche Kontakt zu den Fütterungszeiten zur Verfügung stand. Sie beschreiben, daß die Mütter, die mehr Zeit mit ihren Kindern verbracht hatten, liebevolleres Verhalten zeigten und besser auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingingen (18, 19, 27) und die Kinder einen größeren Wortschatz und besseres Sprachverständnis im Alter von 2 und 5 Jahren hatten (27, 28), als die Kontrollgruppe.

Mütterliche Gefühle sind oft nicht einfach da bei der Geburt des Kindes, sondern entwickeln sich erst langsam, wenn das Kind da ist. Der frühe enge Kontakt von Mutter und Kind scheint die Entwicklung dieser Gefühle zu fördern, vor allem auch durch den Abbau von Unsicherheit bei der Mutter in der Pflege des Kindes und dem Erkennen der kindlichen Bedürfnisse (11).

1.3. Bedeutung der Anwesenheit des Partners der Frau bei den Wehen und der Geburt

Die Geburt eines Kindes ist für die Frau, besonders für die Erstgebärende, ein zugleich freudiges wie auch beängstigendes Ereignis. Normalerweise ist es angenehmer für sie, wenn sie es mit Mitgliedern ihrer Familie, ihrem Partner, ihrer Mutter oder anderen, die ihr emotionale Unterstützung geben können, teilen kann (23). Viele Ärzte meinen heute, daß der Partner die Person ist, der Frau bei der Geburt des Kindes beizustehen und sie, wenn beide zusammen die Geburtsvorbereitungskurse besucht haben, als fachmännischer Ratgeber zu unterstützen (6, 14, 29).

FRIEDMAN (8) befragte Frauen nach der Entbindung, welche Faktoren ihr bei den Wehen und der Geburt am meisten geholfen hätten. Am häufigsten wurden genannt der Arzt, der anwesende Partner und das Selbstvertrauen. HENNEBORN verglich in einer Studie (14) Frauen, deren Männer bei den Wehen und der Geburt anwesend waren mit Frauen, deren Männer nur während der Wehen im Kreißsaal waren. Das Ergebnis zeigte, daß die Frauen, deren Männer auch bei der Geburt dabei waren, über weniger Schmerzen berichteten und signifikant weniger schmerzstillende und relaxierende Medikamente benötigten. Zudem äußerten die Paare, die während der Geburt ihres Kindes zusammen waren, häufiger allgemein positive Gefühle bezüglich des Geburtserlebnisses.

Die Auswirkungen von Medikamenten, die während der Geburt den Frauen gegeben werden, wurden von KRON und Mitarb. (20) in einem Universitätskrankenhaus beobachtet, wo den Frauen während der Wehen und der Geburt routinemäßig Barbiturate, Merperidine und Nitratoxid-Anästhetika gegeben wurden. Bei den Neugeborenen wurde eine von Tag zu Tag zunehmende Trinkaktivität gefunden und sie führten das darauf zurück, daß die Kinder sich erst allmählich von der Wirkung der Narkotika erholten. FRAZIER (7) bezweifelt, daß narkotisierte Mütter und Kinder Nutzen von einem frühen und intensiven Kontakt hätten und meint, dies sei der Grund, warum es Müttern oft nichts ausmacht, wenn sie ihr Kind nicht sofort im Arm halten können.

Wenn man diese Tatsache berücksichtigt, so ist es sicherlich zu begrüßen, wenn der Partner der Frau während des gesamten Geburtsvorganges anwesend ist, weil dann weniger Medikamente benötigt werden. Die Frauen

können die Geburt ihres Kindes bewußter miterleben, die Kinder sind wacher und trinkfreudiger. Der erste, für die weitere Entwicklung der Mutter-Kind Beziehung so wichtige Kontakt wird nicht durch Schläfrigkeit beider behindert.

1.4. Früher Vater-Kind Kontakt:
Herstellung einer Beziehung zum Neugeborenen

Die Beziehung des Vaters zu seinem Kind findet über eine sekundäre Form statt, anders als bei der Mutter, der es durch hormonelle Umstellung und physischer Veränderung erleichtert wird, sich emotional auf ihr neues Kind einzustellen und sich mit ihm zu identifizieren.

JACKSON (15) berichtet, daß in Krankenhäusern, wo Väter früh einen engen physischen Kontakt mit ihren neugeborenen Kindern hatten, z.B. bei Rooming-in, ein "enthusiastisches" Verhalten und ein intensiver Bezug der Väter zu ihren Kindern festgestellt worden sei.

GREENBERG und MORRIS (12) beobachteten, daß der frühe physische Kontakt des Vaters mit seinem neugeborenen Kind große Bedeutung hat, beim Vater ein ganz spezielles Gefühl der "Einvernahme durch das Kind" auszulösen. Sie meinen, daß das Phänomen der "Einvernahme" des Vaters durch das Neugeborene auch bedeutende Konsequenzen für das Familienleben habe. Es sei unwahrscheinlich, daß sich ein solchermaßen eingenommener Vater durch das Kind gestört oder bei der Frau verdrängt fühle. GREENBERG hatte in einer anderen Studie (10) festgestellt, daß Kinder in der ersten Stunde nach der Geburt oft ihre Augen offen haben, stärkere Saugreflexe zeigen, mehr weinen und überhaupt größere Aktivitäten zeigen als in den folgenden Stunden und Tagen. Durch dieses lebhafte kindliche Verhalten fühlen sich die Väter angezogen "wie von einem Magnet" (12). Viele Väter scheinen selbst überrascht über das Ausmaß ihrer Gefühle ihrem neugeborenen Kind gegenüber. GREENBERG berichtet (12), daß zahlreiche Geburtshelfer diesen Eindruck, den das Neugeborene auf den Vater macht, beobachteten und daß es vor allem der frühe Kontakt sei, der beim Vater die starke Bindung an sein Kind fördert.

UNIV. LEIDEN BIBL.

2. Methodik

2.1. WGO-Studiengruppe zur Perinatalversorgung - Charakterisierung der Studie

Das europäische Büro der Weltgesundheitsorganisation hat 1979 eine Arbeitsgruppe zum Studium der Perinatalversorgung in europäischen Ländern einberufen. Zu den interessierenden Fragestellungen gehörte auch die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte, und hier wieder besonders Fragen der Besuchs- und Kontaktregelungen in Entbindungskliniken.

Die hier vorgelegte Studie stellt das Pilotprojekt dar, nach dem in der Folge, nach geringfügigen Änderungen des Kurzfragebogens, in einer Reihe von anderen europäischen Ländern verfahren werden soll.

Das europäische Büro der WGO hat die Publikation der Daten aus der BRD als Dissertation seine Zustimmung erteilt*.

* Herrn Dr. M. WAGNER, Leiter der Abteilung für Gesundheit von Mutter und Kind bei der WGO Europa, sei hier ausdrücklich gedankt.

2.2. Fragebogen

Den Kurzfragebogen, wie er an einen repräsentativen Querschnitt geburtshilflicher Kliniken in der BRD verschickt worden ist, siehe in der Anlage.

2.3. Auswahl der befragten Krankenhäuser

Der Fragebogen ist an einen repräsentativen Querschnitt geburtshilflicher Kliniken in der Bundesrepublik verschickt worden. Die Auswahl ist von Infratest Gesundheitsforschung in München getroffen worden.

Für die schriftliche Befragung wurde ein Sample von 208 Anstalten erstellt. Grundgesamtheit waren alle Akut-Krankenhäuser mit gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen sowie alle Fachkrankenhäuser in der Bundesrepublik und West-Berlin.

Die Stichprobe repräsentiert die Grundgesamtheit bezüglich folgender Kriterien.

2.3.1. Krankenhaus-Typ

a) Allgemein-Krankenhäuser mit gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen (192 Anstalten)
b) Fachkrankenhäuser für Gynäkologie und Geburtshilfe (16 Anstalten)

2.3.2. Krankenhaus-Größe

Allgemein-Krankenhäuser mit
a) 600 und mehr Betten (21 Anstalten)
b) 400 - 600 Betten (44 Anstalten)
c) 200 - 400 Betten (120 Anstalten)
d) weniger als 200 Betten (7 Anstalten)

2.3.3. Regionale Verteilung

a) Berlin (6 Anstalten)
b) Schleswig-Holstein (6 Anstalten)
c) Hamburg (5 Anstalten)
d) Niedersachsen (26 Anstalten)
e) Bremen (3 Anstalten)
f) Nordrhein-Westfalen (60 Anstalten)
g) Hessen (17 Anstalten)
h) Rheinland-Pfalz und Saarland (19 Anstalten)
i) Baden-Württemberg (30 Anstalten)
k) Bayern (36 Anstalten)

Es ist eine Tabelle (siehe unter Punkt 2.3.4.) erstellt worden, die, für jedes Bundesland, getrennt nach Allgemein- und Fachkrankenhäusern, differenziert nach Krankenhaus-Bettengrößenklassen, die Zahl der zu erfassenden Anstalten enthält.

Entsprechend diesen Soll-Vorgaben sind aus dem Krankenhaus-Adressband (erstellt aus dem Krankenhaus-Adressbuch) die insgesamt 208 Krankenhäuser at random für die Befragung ausgewählt worden.

Der Stichprobenplan wurde auf der Grundlage der amtlichen Statistik (Stat. Bundesamt Fachserie A, Reihe 7, Gesundheitswesen 1974) erstellt.

2.3.4. Tabellarische Aufstellung nach Bundesländern und Krankenhaus-Bettengrößenklassen

	Berlin	Schleswig-Holstein	Hamburg	Niedersachsen	Bremen	Nordrhein-Westfalen	Hessen	Rheinland-Pfalz und Saarland	Baden-Württemberg	Bayern
Fach-KH für Gyn./Geb. 7,6 % 16 abs.	-	1	1	2	1	2	-	1	5	4
Allgem.KH 600 und mehr Betten 10,1 % 21 abs.	1	-	2	2	1	6	2	2	2	3
Allgem.KH 400 - 600 Betten 21,2 % 44 abs.	1	2	-	6	-	13	4	4	6	8
Allgem.KH 200 - 400 Betten 57,7 % 120 abs.	4	3	2	15	2	37	10	11	16	20
Allgem.KH unter 200 Betten 3,4 % 7 abs.	-	-	-	1	-	2	1	1	1	1
GESAMT 100 %	2,9	2,9	2,4	12,5	1,4	28,8	8,2	9,1	14,4	17,3
208 abs.	6	6	5	26	3	60	17	19	30	36

2.4. Rücklauf der verschickten Fragebögen

Der Fragebogen ist am 25.8.1981 an die oben beschriebene Auswahl geburtshilflicher Kliniken verschickt worden.

Von den 208 angeschriebenen Krankenhäusern haben 196 (94 %) geantwortet. 178 (85 %) Fragebögen kamen ausgefüllt zurück und können für die Auswertung verwendet werden. 18 (9 %) Bögen waren nicht ausgefüllt und mit dem Vermerk versehen, das Krankenhaus bzw. die geburtshilfliche Abteilung sei in den letzten Jahren geschlossen worden. 12 (6 %) der angeschriebenen Anstalten haben nicht geantwortet.

Nach regionaler Verteilung ist folgender Rücklauf zu verzeichnen:

1. Berlin
   6 Anstalten angeschrieben, davon haben
   4 Anstalten die geburtshilfliche Abteilung geschlossen (66,7 %)
   2 Anstalten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (33,3 %)

2. Schleswig-Holstein
   6 Anstalten angeschrieben, davon haben
   6 Anstalten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (100 %)

3. Hamburg
   5 Anstalten angeschrieben, davon haben
   5 Anstalten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (100 %)

4. Niedersachsen
   26 Anstalten angeschrieben, davon haben
   2 Anstalten nicht geantwortet (7,7 %)
   1 Anstalt die geburtshilfliche Abteilung geschlossen (3,8 %)
   23 Anstalten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (88,5 %)

5. Bremen
   3 Anstalten angeschrieben, davon haben
   2 Anstalten die geburtshilfliche Abteilung geschlossen (66,7 %)
   1 Anstalt den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (33,3 %)

6. Nordrhein-Westfalen
   60 Anstalten angeschrieben, davon haben
    2 Anstalten nicht geantwortet (3,3 %)
    4 Anstalten die geburtshilfliche Abteilung geschlossen (6,7 %)
   54 Anstalten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (90 %)

7. Hessen
   17 Anstalten angeschrieben, davon haben
    2 Anstalten nicht geantwortet (11,8 %)
    1 Anstalt die geburtshilfliche Abteilung geschlossen (5,9 %)
   14 Anstalten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (82,3 %)

8. Rheinland-Pfalz und Saarland
   19 Anstalten angeschrieben, davon haben
    2 Anstalten nicht geantwortet (10,5 %)
    1 Anstalt die geburtshilfliche Klinik geschlossen (5,3 %)
   16 Anstalten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (84,2 %)

9. Baden-Württemberg
   30 Anstalten angeschrieben, davon haben
    4 Anstalten die geburtshilfliche Abteilung geschlossen (13,3 %)
   26 Anstalten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (86,7 %)

10. Bayern
   36 Anstalten angeschrieben, davon haben
    2 Anstalten nicht geantwortet (5,6 %)
    3 Anstalten die geburtshilfliche Abteilung geschlossen (8,3 %)
   31 Anstalten den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt (86,1 %)

In Berlin und Bremen haben von 1974 (der Stichprobenplan basiert auf der Grundlage dieses Jahres) bis 1981 relativ die meisten geburtshilflichen Abteilungen geschlossen. Im Norden mit Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen haben 7,5 % der geburtshilflichen Abteilungen in den letzten 7 Jahren geschlossen, im mittleren Teil der BRD mit Nordrhein-Westfalen und Hessen 6,5 % und im Süden mit Rheinland-Pfalz und Saarland, Baden-Württemberg und Bayern 9,4 %.

3. Auswertung der ausgefüllten Fragebögen

3.1. Allgemeine Auswertung

Die folgenden Fragen betreffen die Routineversorgung normaler, nicht operativer Geburten und gesunder Neugeborener.

1. Wer darf anwesend sein während der Wehen, während der nicht operativen Entbindung und in den ersten 30 Minuten nach der Geburt?

	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
der Vater des Kindes	(178) 100 %	-	-
andere Verwandte	(74) 41,7 %	(67) 37,6 %	(37) 20,7 %
Geschwister	(49) 27,5 %	(116) 65,2 %	(13) 7,3 %

Tab. 1: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 1

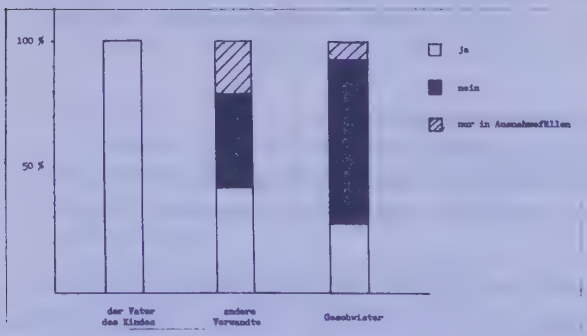

Abb. 1: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 1

Der Vater des Kindes darf in allen befragten Häusern während des gesamten Geburtsvorganges dabei sein.

Anders sieht es noch aus für Verwandte und Freunde bzw. Freundinnen der werdenen Mutter. Ihnen wird in 41,7 % die Anwesenheit im Kreißsaal erlaubt. In 20,7 % dürfen ausnahmsweise, z.B. wenn der Vater des

Kindes nicht anwesend sein kann oder will, oder wenn es sich um eine Ausländerin mit geringen Deutschkenntnissen handelt, Freundin oder Mutter der Gebärenden anwesend sein.

Für die Geschwister des zu erwartenden Kindes ist es nur in 27,5 % möglich, dem Geburtsvorgang beizuwohnen, selbst Ausnahmen werden auf ganz besonderem Wunsch der Mutter nur in 7,3 % gemacht. Weit über die Hälfte, 65,2 % lehnen es ab, Kinder die Geburt erleben zu lassen.

In den Fällen, wo neben dem Vater auch Verwandten und Kindern erlaubt wird, während der Geburt dabei zu sein, wird in 12,9 % (N = 23) betont, es sollte aber nicht mehr als 1 Person anwesend sein.

Kritik an der Fragestellung:
Die Frage, ob "Geschwister" bei der Geburt anwesend sein dürfen, könnte mißverstanden worden sein. Es hätte gefragt werden müssen, ob "ältere Kinder der Mutter" dabei sein dürfen.

2. Wird das Kind der Mutter im Kreißsaal in den Arm gegeben?

ja	nein	auf Wunsch
(176) 98,9 %	-	(2) 1,1 %

Tab. 2: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 2

In nahezu allen Krankenhäusern (98,9 %) wird der frühe Kontakt von Mutter und Kind gefördert und das Kind der Mutter noch im Kreißsaal in den Arm gegeben. Lediglich 1,1 % erwähnten, dies geschehe nur auf ausdrücklichem Wunsch der Mutter.

Kritik an der Fragestellung:
Es bleibt offen, ob die Mutter das Kind sofort oder erst nach Fertigmachen des Kindes bekommt und für eine wie lange Zeit.

3. Wenn Stillen geplant ist, wird das Kind bereits im Kreißsaal angelegt?

ja	nein	auf Wunsch
(163) 91,6 %	(4) 2,2 %	(11) 6,2 %

Tab. 3: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 3

Das sehr frühe Anlegen noch im Kreißsaal, falls die Mutter beabsichtigt, das Kind zu stillen, wird in 91,6 % praktiziert. 2,2 % lehnten es ab, das Kind noch im Kreißsaal anzulegen, und in 6,2 % geschieht dies nur, wenn die Mutter den Wunsch dazu äußert.

Kritik an der Fragestellung:
Es wäre sinnvoll, die Frage so zu formulieren, ob es üblicherweise so gehandhabt wird, daß das Kind bereits im Kreißsaal angelegt wird oder ob dies nur auf ausdrücklichem Wunsch der Mutter geschieht.

4. Ist rooming-in möglich?

	ja	nein
	(178) 100 %	-

Regelung:	Zeiten nach Wunsch der Mutter	(110) 61,8 %
	nur tagsüber	(107) 60,1 %
	24-Stunden-rooming-in	(40) 22,5 %

Tab. 4: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 4

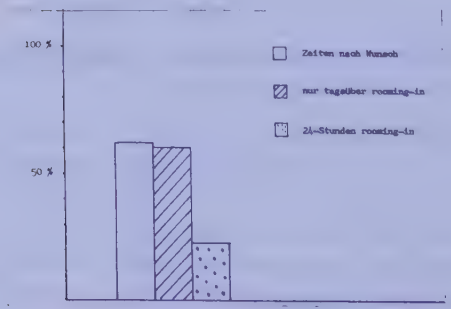

Abb. 2: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 4

In allen befragten Krankenhäusern besteht die Möglichkeit für rooming-in.

Von den zur Auswahl stehenden Möglichkeiten - Zeiten nach Wunsch, nur tagsüber, 24-Stunden-rooming-in - wurden häufig mehrere Punkte zugleich genannt, in sämtlichen möglichen Kombinationen. Es ist aber trotzdem eine Priorität für rooming-in nur tagsüber (60,1 %) gegenüber 24-Stunden-rooming-in (22,5 %) ersichtlich.

In den meisten Fällen (61,8 %) kann die Mutter die Zeiten, wann sie das Kind bei sich im Zimmer haben möchte und wann das Kind im Kinderzimmer liegen soll, selbst bestimmen.

Probleme bei der Beantwortung der Frage:
Es gab häufig Mehrfachnennungen, teilweise waren alle 3 Möglichkeiten zugleich genannt, woraus sich eine Prozentzahl von über 100 ergibt.

5. Wird das Kind gefüttert

a) an der Brust	nach Bedarf	(127) 71,3 %
	nach Zeitplan	(82) 46,1 %
b) mit der Flasche	nach Bedarf	(100) 56,2 %
	nach Zeitplan	(104) 58,4 %

Tab. 5: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 5

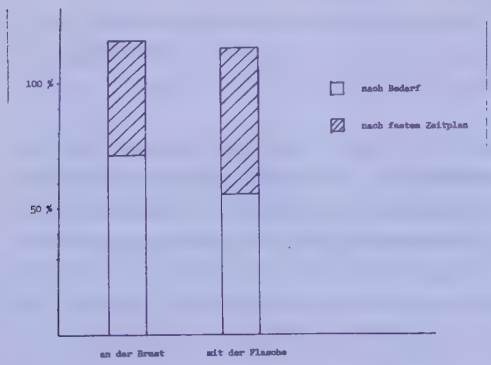

Abb. 3: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 5

Bei der Frage nach der Fütterung des neugeborenen Kindes stellte sich heraus, daß gestillte Kinder viel häufiger nach Bedarf (71,3 %) wie nach festem Zeitplan (46,1 %) angelegt werden. Dagegen werden Kinder, die mit der Flasche ernährt werden, etwa gleich häufig nach Bedarf (56,2 %) wie nach festem Zeitplan (58,4 %) gefüttert.

Bei dieser Frage kamen Mehrfachnennungen vor, und zwar bei der Fütterung "an der Brust" in 31 Fällen (17,4 %) und "mit der Flasche" in 26 Fällen (14,6 %). Dabei wurde in 21 Fällen (11,8 %) zusätzlich vermerkt, daß bei rooming-in nach Bedarf, sonst nach festem Zeitplan gefüttert werde.

Probleme bei der Beantwortung der Frage:
Wie bereits oben erwähnt, gab es Mehrfachnennungen, d.h. es war sowohl "nach Bedarf" als auch "nach Zeitplan" angekreuzt, woraus sich eine Prozentzahl von über 100 ergibt.

6. Art des Kontaktes zwischen Vater und Kind

kein Kontakt	-
Kontakt nur durch Glaswand möglich	(19) 10,7 %
im Arm halten	(128) 71,9 %
Pflege und Mitversorgung	(123) 69,1 %

Tab. 6: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 6

Der Kontakt des Vaters zu seinem neugeborenen Kind wird in vielen Krankenhäusern gefördert und erleichtert durch die Bestimmungen, die Pflege und Mitversorgung des Kindes durch den Vater in 69,1 % zulassen, falls er dies wünscht.

Aber 10,7 % haben die Möglichkeit "Kontakt nur durch Glaswand möglich" genannt. Davon 2,4 % ausschließlich, 7,3 % in Kombination mit "im Arm halten" oder "Pflege und Mitversorgung", wobei 2,2 % anmerkten, daß der enge Kontakt zwischen Vater und Kind nur bei rooming-in zustande komme.

Probleme bei der Beantwortung der Frage:
Es gab häufig Mehrfachnennungen, z.B. "im Arm halten" und "Pflege und Mitversorgung" sind in über 60 % beide angekreuzt worden, woraus sich eine Prozentzahl von über 100 ergibt.

7. Wer darf die Mutter auf der Entbindungsstation besuchen?

	zur normalen Besuchszeit	jederzeit
der Vater des Kindes	(128) 71,9 %	(50) 28,1 %
Verwandte	(151) 84,8 %	(27) 15,2 %
Kinder	(104) 58,4 %	(28) 15,7 %
Mindestalter erforderlich: (46) 25,8 %		

Tab. 7: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 7

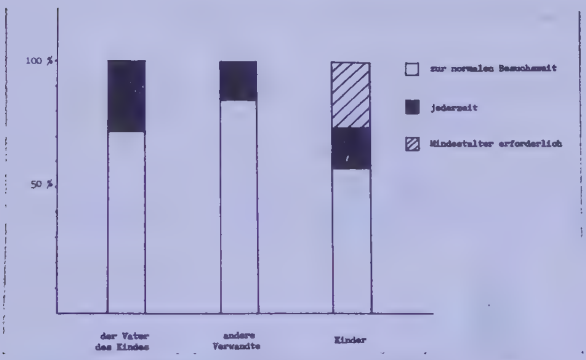

Abb. 4: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 7

Zur Frage der Besuchsregelung der Mutter im Krankenhaus ergibt sich, daß der Vater des Kindes mit 28,1 % bedeutend häufiger seine Frau zu jeder Zeit besuchen kann, verglichen mit anderen Verwandten (15,2 %) und Kindern (15,7 %). Aber die Besuchsregelung "zur normalen Besuchszeit", die von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich gehandhabt wird, gilt in 71,9 % auch für den Vater, in 84,8 % für die anderen

Verwandten und in 58,4 % für Kinder. Für die Kinder ist in 25,8 % ein Mindestalter erforderlich, in den meisten Fällen (14,6 %) von 14 Jahren.

Probleme bei der Beantwortung der Frage:
Im Kurzfragebogen waren die Krankenhäuser gebeten worden, die Besuchszeiten für "wochentags" und "Wochenende" anzugeben. Bei der Auswertung hat sich jedoch die Unterteilung in "zu den normalen Besuchszeiten" und "nicht an feste Besuchszeiten gebunden" bzw. "jederzeit" bewährt.

8. Besuch des neugeborenen Kindes im Neugeborenenzimmer

	freier Zugang	begrenzter Zugang	kein Zugang
Mutter	(99) 55,6 %	(40) 22,5 %	(25) 14 %
Vater	(29) 16,3 %	(53) 29,8 %	(82) 46 %
Diese Frage nicht beantwortet haben (14) 7,9 %			

Tab. 8: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 8

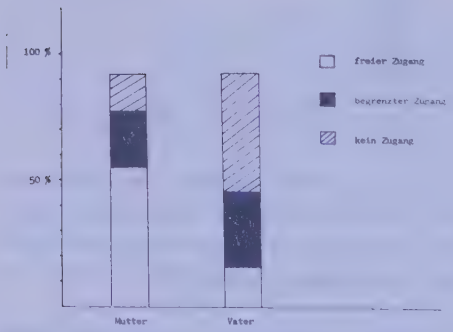

Abb. 5: Allgemeine Auswertung in Beziehung zu Frage 8

Der Besuch des neugeborenen Kindes im Kinderzimmer durch seine Eltern gestaltet sich für die Mutter einfacher, die in 55,6 % freien, uneingeschränkten Zugang zum Kinderzimmer hat, der Vater nur in 16,3 %. Überhaupt keinen Zutritt zum Neugeborenenzimmer hat die Mutter in 14 %, der Vater dagegen in 46 %.

3.2. Vergleich: Fachkrankenhäuser - Allgemeinkrankenhäuser

Der Vergleich Fachkrankenhäuser - Allgemein-Krankenhäuser soll zeigen, ob Krankenhäuser, die sich ausschließlich mit gynäkologischen und geburtshilflichen Tätigkeiten und Problemen befassen, eher psychosoziale Aspekte bei der Perinatalversorgung berücksichtigen und auf die Bedürfnisse von Kindern, Müttern und Vätern eingehen, als Allgemein-Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen.

Bei den Fachkrankenhäusern handelt es sich um 14 Anstalten, davon 11 mit weniger als 200 Betten, 2 mit 200 - 400 Betten und 1 mit 400 - 600 Betten.

Die Allgemein-Krankenhäuser mit geburtshilfichen Abteilungen stehen mit 164 Anstalten zur Auswertung und sind wohl für die meisten Schwangeren die normale Adresse. Sie umfassen 21 Anstalten mit 600 und mehr Betten, 39 mit 400 - 600 Betten, 97 mit 200 - 400 Betten und 7 mit weniger als 200 Betten.

Die folgenden Fragen betreffen die Routineversorgung normaler, nicht operativer Geburten und gesunder Neugeborener.

1. Wer darf anwesend sein während der Wehen, während der nicht operativen Entbindung und in den ersten 30 Minuten nach der Geburt?

Vater des Kindes

	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
Fachkrankenhaus	(14) 100 %	-	-
Allgemein-KH	(164) 100 %	-	-

Tab. 9: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 1 für den Vater des Kindes

Verwandte

	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
Fachkrankenhaus	(6) 42,8 %	(4) 28,6 %	(4) 28,6 %
Allgemein-KH	(68) 41,5 %	(63) 38,4 %	(33) 20,1 %

Tab. 10: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 1 für Verwandte

Geschwister

	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
Fachkrankenhaus	(3) 21,4 %	(10) 71,4 %	(1) 7,1 %
Allgemein-KH	(46) 28,1 %	(106) 64,6 %	(12) 7,3 %

Tab. 11: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 1 für die Geschwister

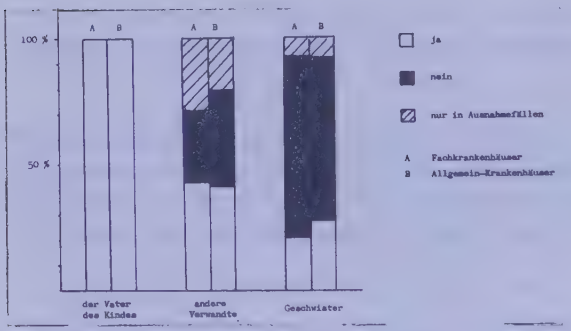

Abb. 6: Vergleich Fachkrankenhäuser - Allgemein-Krankenhäuser in Beziehung zu Frage 1

In Fachkrankenhäusern werden für Verwandte eher Ausnahmen gemacht als in Allgemein-Krankenhäusern, wenn sie bei der Geburt dabei sein möchten. Dagegen ist es in Allgemein-Krankenhäusern eher möglich, daß Kinder die Geburt des neuen Geschwisters miterleben.

In Allgemein-Krankenhäusern (13,4 % - 22 Nennungen) wird häufiger als in Fachkrankenhäusern (7,1 % - 1 Nennung) Wert darauf gelegt, daß nur jeweils 1 Person anwesend ist, wenn neben dem Vater des Kindes auch Verwandten und Geschwistern erlaubt wird, bei der Geburt dabei zu sein.

2. Wird das Kind der Mutter im Kreißsaal in den Arm gegeben?

	ja	nein	auf Wunsch
Fachkrankenhaus	(14) 100,0 %	-	-
Allgemein-KH	(162) 98,8 %	-	(2) 1,2 %

Tab. 12: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 2

In Fachkrankenhäusern wie auch in Allgemein-Krankenhäusern ist es die Regel, daß das Kind der Mutter im Kreißsaal in den Arm gegeben wird.

3. Wenn Stillen geplant ist, wird das Kind bereits im Kreißsaal angelegt?

	ja	nein	auf Wunsch
Fachkrankenhaus	(13) 92,9 %	(1) 7,1 %	-
Allgemein-KH	(150) 91,4 %	(3) 1,9 %	(11) 6,7 %

Tab. 13: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 3

Sowohl in Fachkrankenhäusern als auch in Allgemein-Krankenhäusern wird überwiegend das Kind bereits im Kreißsaal zum ersten Mal angelegt, wenn die Mutter ihr Kind stillen möchte.

Bei den Fachkrankenhäusern gibt es 7,1 %, die dies nicht tun, bei den Allgemein-Krankenhäusern 1,9 %. 6,7 % der Allgemein-Krankenhäuser bemerkten, dies geschehe nicht in der Regel sondern nur auf ausdrücklichem Wunsch der Mutter.

4. Ist rooming-in möglich?

	ja	nein
Fachkrankenhaus	(14) 100 %	-
Allgemein-KH	(164) 100 %	-

Regelung des rooming-in:

	Zeiten nach Wunsch	nur tagsüber rooming-in	24-Stunden rooming-in
Fachkrankenhaus	(8) 57,1 %	(5) 35,7 %	(5) 35,7 %
Allgemein-KH	(102) 62,2 %	(102) 62,2 %	(35) 21,3 %

Tab. 14: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 4

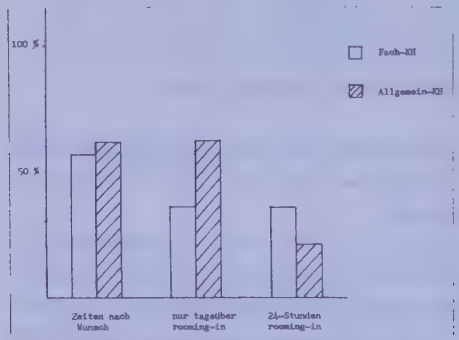

Abb. 7: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 7

Die Frage der Handhabung des rooming-in ergibt einige Unterschiede zwischen Fachkrankenhäusern und Allgemein-Krankenhäusern. Während bei den Allgemein-Krankenhäusern 62,2 % nur tagsüber rooming-in anbieten, haben die Fachkrankenhäuser nur tagsüber rooming-in in 35,7 %. 24-Stunden rooming-in ist bei den Allgemein-Krankenhäusern in 21,3 %, bei den Fachkrankenhäusern aber in 35,7 % möglich.

5. Wird das Kind gefüttert

	an der Brust		mit der Flasche	
	nach Bedarf	nach Zeitplan	nach Bedarf	nach Zeitplan
Fachkrankenhaus	(11) 78,6 %	(9) 64,3 %	(10) 71,4 %	(9) 64,3 %
Allgemein-KH	(116) 70,7 %	(73) 44,5 %	(90) 54,9 %	(95) 58,0 %

Tab. 15: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 5

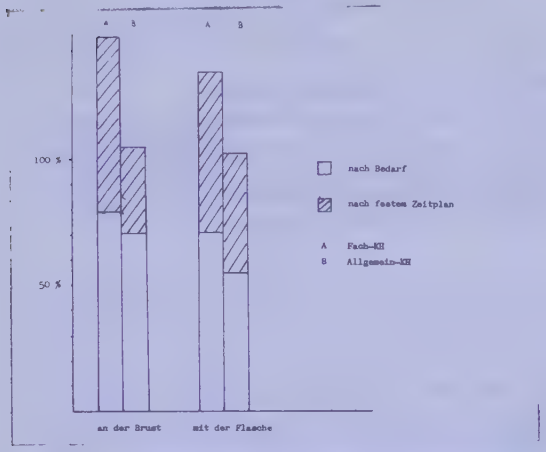

Abb. 8: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 5

Die Fütterung des Kindes wird in Fachkrankenhäusern so gehandhabt, daß brusternährte Kinder etwas häufiger nach Bedarf gefüttert werden als Flaschenkinder, wohingegen die Fütterung nach festem Zeitplan keinen Unterschied zeigte zwischen Brust und Flasche. Die Fütterung nach Bedarf hat sowohl bei gestillten Kindern wie bei Flaschenkindern Vorrang.

Bei den Allgemein-Krankenhäusern wird der Fütterung nach Bedarf bei gestillten Kindern eindeutig Vorzug gegeben gegenüber der Fütterung nach festem Zeitplan. Dagegen werden Kinder, die mit der Flasche ernährt werden, eher nach festem Zeitplan als nach Bedarf gefüttert.

Bemerkenswert ist noch, daß von den Fachkrankenhäusern 21,4 %, von den Allgemein-Krankenhäusern nur 11 % vermerkten, daß bei rooming-in nach Bedarf, sonst nach festem Zeitplan gefüttert würde.

6. Art des Kontaktes zwischen Vater und Kind

	kein Kontakt	Kontakt nur durch Glaswand möglich*	im Arm halten	Pflege und Mitversorgung
Fachkrankenhaus	-	(3) 21,4 %	(12) 85,7 %	(6) 42,8 %
Allgemein-KH	-	(16) 9,6 %	(116) 70,7 %	(117) 71,3 %

* Fachkrankenhaus: alle zusätzlich "im Arm halten" genannt
Allgemein-KH : (6) 37,5 % ausschließlich "Kontakt durch Glaswand"
(10) 62,5 % zusätzlich "im Arm halten" genannt

Tab. 16: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 6

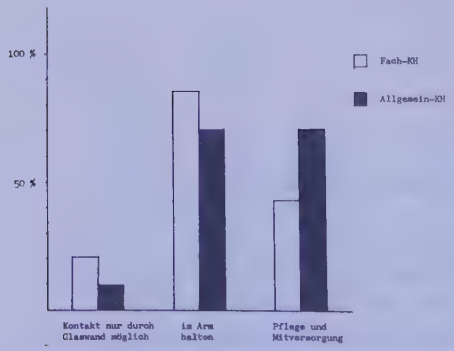

Abb. 9: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 6

Die Art des Kontaktes zwischen dem Vater und seinem Kind zeigt doch einige bedeutende Unterschiede zwischen Fachkrankenhäusern und Allgemein-Krankenhäusern. So fällt auf, daß "Kontakt nur durch Glaswand möglich" bei den Fachkrankenhäusern in 21,4 % genannt wird, bei den Allgemein-Krankenhäusern nur in 9,6 %. Pflege und Mitversorgung des Neugeborenen durch seinen Vater ist in Allgemein-Krankenhäusern in

71,3 % möglich, in Fachkrankenhäusern nur in 42,8 %. In Fachkrankenhäusern darf der Vater sein Kind eher nur im Arm halten (85,7 %) als mitversorgen (42,8 %), wohingegen bei Allgemein-Krankenhäusern der enge Kontakt zwischen Vater und Kind eindeutig mehr gefördert wird durch das weitgehende Angebot der Pflege und Mitversorgung.

7. Wer darf die Mutter auf der Entbindungsstation besuchen?

Vater des Kindes

	zur normalen Besuchszeit	jederzeit
Fachkrankenhaus	(11) 78,6 %	(3) 21,4 %
Allgemein-KH	(117) 71,3 %	(47) 28,7 %

Tab. 17: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 7 für den Vater

Verwandte

	zur normalen Besuchszeit	jederzeit
Fachkrankenhaus	(12) 85,7 %	(2) 14,3 %
Allgemein-KH	(139) 84,8 %	(25) 15,2 %

Tab. 18: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 7 für Verwandte

Kinder

	zur normalen Besuchszeit	jederzeit	Mindestalter erforderlich
Fachkrankenhaus	(10) 71,4 %	(3) 21,4 %	(1) 7,1 %
Allgemein-KH	(95) 57,3 %	(25) 15,2 %	(45) 27,4 %

Tab. 19: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 7 für Kinder

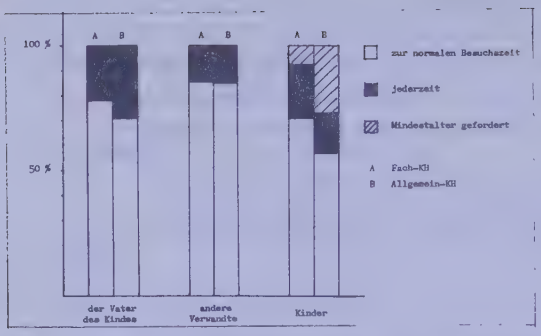

Abb. 10: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 7

Zur Frage der Besuchsmöglichkeiten der Mutter auf der Entbindungsstation sind für den Vater des Kindes und für andere Verwandte keine bedeutende Unterschiede in der Handhabung zwischen Fachkrankenhäusern und Allgemein-Krankenhäusern festzustellen. Dem Vater des Kindes ist in Allgemein-Krankenhäusern (28,7 %) etwas häufiger als in Fachkrankenhäusern (21,4 %) erlaubt, seine Frau zu jeder Zeit zu besuchen. Aber die meisten Krankenhäuser wünschen doch, daß sich jeglicher Besuch an feste Besuchszeiten hält.

Weiterhin ist noch festzustellen, daß in Allgemein-Krankenhäusern in 27,4 % für Kinder ein Mindestalter, mehrheitlich von 14 Jahren, gefordert wird. Dagegen wird in Fachkrankenhäusern eine verständnisvollere Haltung gezeigt und Kindern unter einem festgesetztem Alter nur in 7,1 % der Zutritt verwehrt.

8. Besuch des neugeborenen Kindes im Neugeborenenzimmer

Mutter

	freier Zugang	begrenzter Zugang	kein Zugang
Fachkrankenhaus	(6) 42,8 %	(4) 28,6 %	(4) 28,6 %
Allgemein-KH	(93) 56,7 %	(36) 22,0 %	(21) 12,8 %

Tab. 20: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 8 für die Mutter des Kindes

Vater

	freier Zugang	begrenzter Zugang	kein Zugang
Fachkrankenhaus	(1) 7,1 %	(4) 28,6 %	(9) 64,3 %
Allgemein-KH	(28) 17,0 %	(49) 30,0 %	(73) 44,5 %

Tab. 21: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 8 für den Vater des Kindes

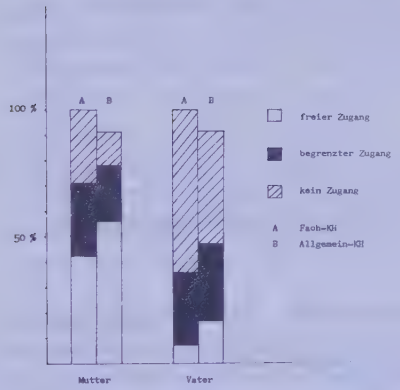

Abb. 11: Vergleich Fachkrankenhaus - Allgemein-Krankenhaus in Beziehung zu Frage 8

Der Besuch des Kindes im Neugeborenenzimmer wird in allen Häusern dem Vater weniger erlaubt als der Mutter. In Allgemein-Krankenhäusern hat der Vater in 44,5 % keinen Zutritt und in Fachkrankenhäusern sogar in 64,3 %. Der Mutter wird in Allgemein-Krankenhäusern in 12,8 % der Zutritt verwehrt, in Fachkrankenhäusern in 28,6 %.

Bei den Allgemein-Krankenhäusern wurde in 8,5 % (14 Anstalten) diese Frage nicht beantwortet, zum Teil mit dem Hinweis, "kein Kinderzimmer, da 100 % rooming-in".

Abschließende Beurteilung

Zusammengefaßt kann man feststellen, daß Fachkrankenhäuser gegenüber Allgemein-Krankenhäusern mit geburtshilflichen Abteilungen beim geforderten Mindestalter für Kinder, die die Mutter auf der Station besuchen

möchten, eine etwas verständnisvollere Haltung einnehmen. Außerdem bieten Fachkrankenhäuser häufiger 24-Stunden rooming-in an als Allgemein-Krankenhäuser.

Dagegen bei der Frage des Kontaktes zwischen dem Vater und seinem neugeborenen Kind bieten die Allgemein-Krankenhäuser weitergehende Möglichkeiten, da sie in größerem Umfang auch Pflege und Mitversorgung des Kindes durch den Vater ermöglichen. Bei den Fachkrankenhäusern beschränkt sich der Kontakt hauptsächlich auf das "im Arm halten" des Kindes. Auch in der Frage des Besuches des Kindes im Neugeborenenzimmer, wenn das Kind nicht bei der Mutter im Zimmer ist, zeigen Allgemein-Krankenhäuser eine weniger restriktive Haltung als die Fachkrankenhäuser.

In der Handhabung der anderen Punkte zeigen sich keine bedeutenden Unterschiede zwischen Fachkrankenhäusern und Allgemein-Krankenhäusern.

Eine besondere Präferenz der Fachkrankenhäuser gegenüber den Allgemein-Krankenhäusern hinsichtlich der Berücksichtigung psychosozialer Aspekte bei der Perinatalversorgung gesunder Neugeborener ist nicht festzustellen.

3.3. Vergleich: Krankenhaus-Bettengrößenklassen

Durch die Unterteilung in Bettengrößenklassen soll untersucht werden, in welcher Kategorie auf die psychosozialen Bedürfnisse aller direkt beteiligten, des Neugeborenen, Mutter, Vater und Geschwister, am meisten eingegangen wird.

Es handelt sich hier um 21 Anstalten mit 600 und mehr Betten, 40 Anstalten mit 400 - 600 Betten, 99 Anstalten mit 200 - 400 Betten und 18 Anstalten mit weniger als 200 Betten.

Die folgenden Fragen betreffen die Routineversorgung normaler, nicht operativer Geburten und gesunder Neugeborener.

1. Wer darf anwesend sein während der Wehen, während der nicht operativen Entbindung und in den ersten 30 Minuten nach der Geburt?

Vater des Kindes

Bettenzahl	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
600 + mehr	(21) 100 %	-	-
400 - 600	(40) 100 %	-	-
200 - 400	(99) 100 %	-	-
weniger als 200	(18) 100 %	-	-

Tab. 22: Vergleich Krankenhaus-Bettenbrößenklassen in Beziehung zu Frage 1 für den Vater des Kindes

Verwandte

Bettenzahl	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
600 + mehr	(12) 57,1 %	(6) 28,6 %	(3) 14,3 %
400 - 600	(17) 42,5 %	(9) 22,5 %	(14) 35,0 %
200 - 400	(38) 38,4 %	(45) 45,4 %	(16) 16,2 %
weniger als 200	(7) 38,9 %	(7) 38,9 %	(4) 22,2 %

Tab. 23: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 1 für Verwandte

Geschwister

Bettenzahl	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
600 + mehr	(7) 33,3 %	(14) 66,7 %	-
400 - 600	(14) 35,0 %	(21) 52,5 %	(5) 12,5 %
200 - 400	(23) 23,2 %	(69) 69,7 %	(7) 7,1 %
weniger als 200	(5) 27,8 %	(12) 66,7 %	(1) 5,5 %

Tab. 24: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 1 für Geschwister

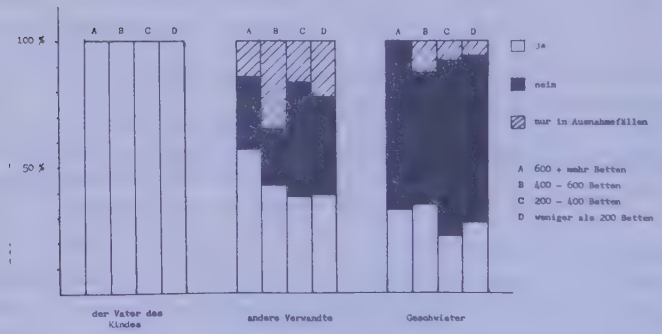

Abb. 12: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 1

Zur Frage, wer, außer dem Vater des Kindes, während der Entbindung dabei sein darf, ergibt sich, daß die Krankenhäuser mit 400 - 600 Betten den Verwandten und Kindern die größten Möglichkeiten bieten und am ehesten zu Ausnahmen bereit sind, falls die Mutter dies wünscht.

Wenn außer dem Vater des Kindes auch Verwandten und Kindern gestattet ist, bei der Geburt dabei zu sein, wird der Vermerk, es solle aber nur jeweils 1 Person anwesend sein, wie folgt genannt: 600 und mehr Betten in 28,6 % (6), 400 - 600 Betten in 15 % (6), 200 - 400 Betten in 9,1 % (9), weniger als 200 Betten in 11,1 % (2).

2. Wird das Kind der Mutter im Kreißsaal in den Arm gegeben?

Bettenzahl	ja	nein	auf Wunsch
600 + mehr	(20) 95,2 %	-	(1) 4,8 %
400 - 600	(40) 100 %	-	-
200 - 400	(98) 99 %	-	(1) 1 %
weniger als 200	(18) 100 %	-	-

Tab. 25: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 2

In allen befragten Häusern wird das Kind der Mutter noch im Kreißsaal in den Arm gelegt, in wenigen Ausnahmen allerdings nur auf Wunsch der Mutter.

3. Wenn Stillen geplant ist, wird das Kind bereits im Kreißsaal angelegt?

Bettenzahl	ja	nein	auf Wunsch
600 + mehr	(20) 95,2 %	-	(1) 4,8 %
400 - 600	(37) 92,5 %	-	(3) 7,5 %
200 - 400	(90) 90,9 %	(2) 2 %	(7) 7,1 %
weniger als 200	(16) 88,9 %	(2) 11,1%	-

Tab. 26: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 3

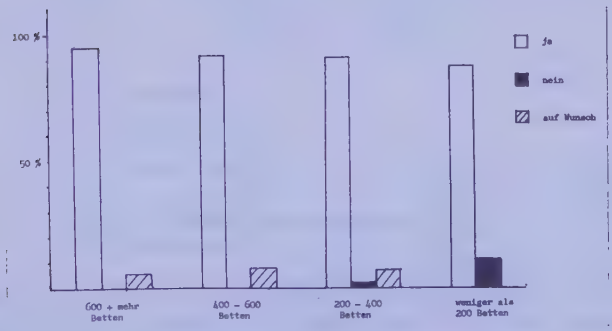

Abb. 13: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 3

Wenn Stillen geplant ist, wird in nahezu allen Krankenhäusern das Kind noch im Kreißsaal angelegt.

In den kleinen Häusern ist man dazu eher nicht bereit als in den großen Anstalten (200 - 400 Betten 2 %, weniger als 200 Betten 11,1 %, keine Nennungen in den großen Kategorien). In allen Kategorien gibt es einige Ausnahmen, wo dies nicht der Regelfall ist, sondern nur auf besonderem Wunsch der Mutter hin geschieht.

4. Ist rooming-in möglich?

Bettenzahl	ja	nein
600 + mehr	(21) 100 %	-
400 - 600	(40) 100 %	-
200 - 400	(99) 100 %	-
weniger als 200	(18) 100 %	-

Regelung des rooming-in:

Bettenzahl	Zeiten nach Wunsch	nur tagsüber	24-Stunden rooming-in
600 + mehr	(10) 47,6 %	(14) 66,7 %	(2) 9,5 %
400 - 600	(26) 65,0 %	(21) 52,5 %	(15) 37,5 %
200 - 400	(63) 63,6 %	(64) 64,6 %	(19) 19,2 %
weniger als 200	(11) 61,1 %	(8) 44,4 %	(4) 22,2 %

Tab. 27: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 4

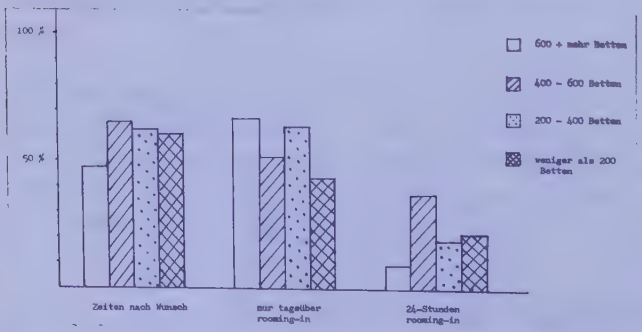

Abb. 14: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 4

In der Handhabung des rooming-in verfahren die Häuser mit 400 - 600 Betten am meisten nach dem Wunsch der Mutter (65 %) und bieten auch am häufigsten 24-Stunden rooming-in an (37,5 %). Dagegen wird in sehr großen Kliniken mit über 600 Betten das 24-Stunden rooming-in im Vergleich zu den kleineren Krankenhäusern am wenigsten (9,5 %) angeboten.

5. Wird das Kind gefüttert

Bettenzahl	an der Brust		mit der Flasche	
	nach Bedarf	nach Zeitplan	nach Bedarf	nach Zeitplan
600 + mehr	(17) 80,9 %	(8) 38,1 %	(14) 66,7 %	(9) 42,8 %
400 - 600	(31) 77,5 %	(21) 52,5 %	(26) 65,0 %	(27) 67,5 %
200 - 400	(68) 68,7 %	(42) 42,4 %	(49) 49,5 %	(57) 57,6 %
weniger als 200	(11) 61,1 %	(13) 72,2 %	(8) 44,4 %	(11) 61,1 %

Tab. 28: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 5

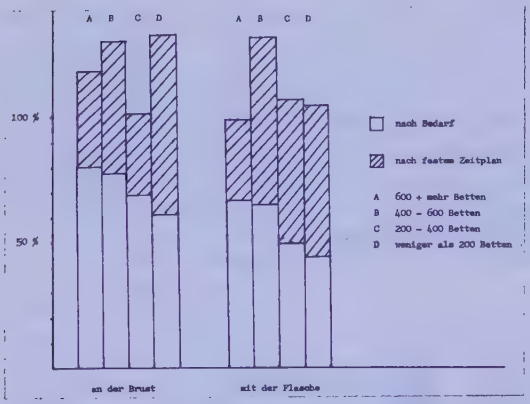

Abb. 15: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 5

Die Fütterung des Neugeborenen wird in den Häusern mit 600 und mehr Betten sowohl beim Stillen als auch bei Flaschenernährung am häufigsten nach dem Bedarf des Kindes gerichtet.

In der Kategorie 400 - 600 Betten wird am meisten dem Wunsch der Mutter entsprochen, d.h. es sind häufig alle Möglichkeiten genannt worden. Außerdem wird hier das Verfahren am häufigsten (20 %) angewendet, daß das Kind bei rooming-in nach Bedarf gefüttert wird, sonst nach festem Zeitplan.

In der Kategorie 200 - 400 Betten wird bei der Brusternährung mehr nach Bedarf, mit der Flasche eher nach Plan gefüttert.

In den Häusern mit weniger als 200 Betten wird in beiden Fällen, sowohl Brust- als auch Flaschenernährung, der Fütterung nach festem Zeitplan der Vorzug gegeben.

Der Vermerk, bei rooming-in nach Bedarf, sonst nach festem Zeitplan, ist genannt worden in der Kategorie 600 und mehr Betten in 14,3 % (3), 400 - 600 Betten in 20 % (8), 200 - 400 Betten in 9,1 % (9) und weniger als 200 Betten in 5,5 % (1).

6. Art des Kontaktes zwischen Vater und Kind

Bettenzahl	kein Kontakt	Kontakt nur durch Glaswand möglich	im Arm halten	Pflege und Mitversorgung
600 + mehr	-	(1) 4,8 %	(15) 71,4 %	(16) 76,2 %
400 - 600	-	(4) 10,0 %	(25) 62,5 %	(35) 87,5 %
200 - 400	-	(11) 11,1 %	(72) 72,7 %	(63) 63,6 %
weniger als 200	-	(3) 16,7 %	(16) 88,9 %	(9) 50,0 %

Tab. 29: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 6

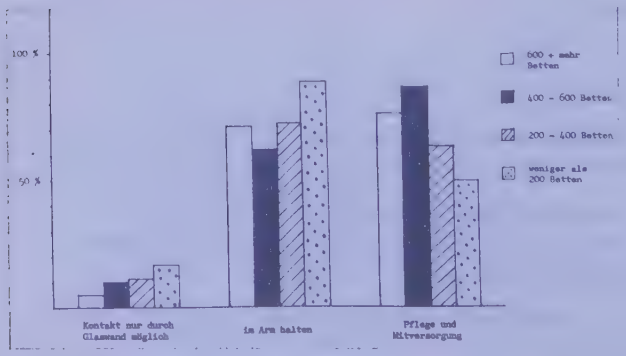

Abb. 16: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 6

Der Kontakt des Vaters zu seinem neugeborenen Kind wird in den großen Häusern am meisten gefördert durch das überwiegende Angebot zur Pflege und Mitversorgung, in der Kategorie 400 - 600 Betten sogar in 87,5 %. Die beiden kleineren Kategorien präferieren den Kontakt über das "im Arm halten" des Kindes durch den Vater.

7. Wer darf die Mutter auf der Entbindungsstation besuchen?

Vater des Kindes

Bettenzahl	zur normalen Besuchszeit	jederzeit
600 + mehr	(14) 66,7 %	(7) 33,3 %
400 - 600	(27) 67,5 %	(13) 32,5 %
200 - 400	(73) 73,7 %	(26) 26,3 %
weniger als 200	(14) 77,8 %	(4) 22,2 %

Tab. 30: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 7 für den Vater des Kindes

Verwandte

Bettenzahl	zur normalen Besuchszeit	jederzeit
600 + mehr	(17) 81,0 %	(4) 19,0 %
400 - 600	(34) 85,0 %	(6) 15,0 %
200 - 400	(85) 85,9 %	(14) 14,1 %
weniger als 200	(15) 83,3 %	(3) 16,7 %

Tab. 31: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 7 für Verwandte

Kinder

Bettenzahl	zur normalen Besuchszeit	jederzeit	Mindestalter gefordert
600 + mehr	(9) 42,9 %	(3) 14,3 %	(9) 42,9 %
400 - 600	(21) 52,5 %	(5) 12,5 %	(14) 35,0 %
200 - 400	(60) 60,6 %	(17) 17,2 %	(22) 22,2 %
weniger als 200	(14) 77,7 %	(3) 16,7 %	(1) 5,5 %

Tab. 32: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 7 für Kinder

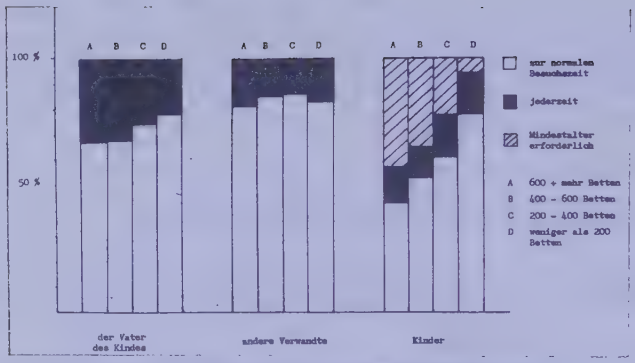

Abb. 17: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 7

In der Regelung der Besuchszeiten für den Vater des Kindes und Verwandte verfahren die großen Kliniken etwas großzügiger als die kleinen Häuser und bieten häufiger uneingeschränkte Besuchszeiten an.

Beim geforderten Mindestalter für Kinder, die die Mutter auf der Station besuchen möchten, zeigt sich, daß mit Abnahme der Bettenzahl auch immer weniger ein Mindestalter für die Kinder gefordert wird. In dieser Frage stehen die kleinen Häuser mit weniger als 200 Betten, im Hinblick auf den psychosozialen Aspekt, weitaus am besten da.

8. Besuch des neugeborenen Kindes im Neugeborenenzimmer

Mutter

Bettenzahl	freier Zugang	begrenzter Zugang	kein Zugang
600 + mehr	(14) 66,7 %	(3) 14,3 %	(3) 14,3 %
400 - 600	(21) 52,5 %	(10) 25,0 %	(7) 17,5 %
200 - 400	(55) 55,6 %	(21) 21,2 %	(12) 12,1 %
weniger als 200	(10) 55,5 %	(5) 27,8 %	(3) 16,7 %

Tab. 33: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 8 für die Mutter des Kindes

Vater

Bettenzahl	freier Zugang	begrenzter Zugang	kein Zugang
600 + mehr	(4) 19,0 %	(8) 38,1 %	(8) 38,1 %
400 - 600	(4) 10,0 %	(16) 40,0 %	(18) 45,0 %
200 - 400	(18) 18,2 %	(26) 26,3 %	(44) 44,4 %
weniger als 200	(5) 27,8 %	(2) 11,1 %	(11) 61,1 %

Tab. 34: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 8 für den Vater des Kindes

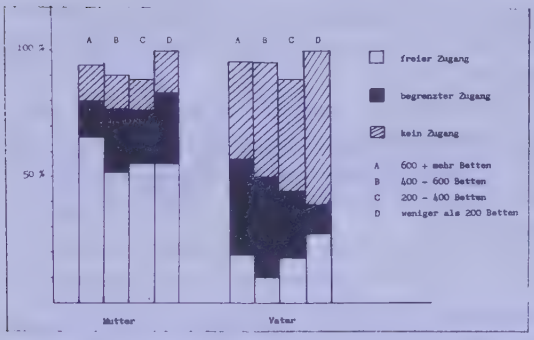

Abb. 18: Vergleich Krankenhaus-Bettengrößenklassen in Beziehung zu Frage 8

Der Besuch des Kindes im Neugeborenenzimmer durch Mutter und Vater ist für die Mutter in allen Kategorien nahezu einheitlich geregelt.

Für den Vater ergibt sich, daß er in der Kategorie 600 und mehr Betten in 38,1 % keinen Zugang hat, in der Kategorie weniger als 200 Betten in 61,1 %, die kleinen Häuser in dieser Frage also äußerst restriktiv verfahren.

Abschließende Beurteilung

Unter Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte stellt sich keine der 4 Kategorien als ideal in allen Fragen auf die Bedürfnisse von Kind, Mutter, Vater und Geschwister eingehend dar.

Die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte findet in den einzelnen Kategorien unterschiedlich statt.

600 und mehr Betten

Die Fütterung des Neugeborenen wird hier am häufigsten nach dem Bedarf gerichtet. Pflege und Mitversorgung des Kindes durch den Vater wird in hohem Ausmaß angeboten. Für den Vater ist in dieser Kategorie die geringste Beschränkung beim Zugang zum Neugeborenenzimmer.

400 - 600 Betten

In dieser Kategorie wird größtes Entgegenkommen gezeigt, wenn die Mutter wünscht, daß Verwandte und Kinder bei der Geburt dabei sind.
Beim rooming-in wird hier am meisten von allen Kategorien 24-Stunden rooming-in angeboten und auch die Wünsche der Mutter über die rooming-in Zeiten weitestgehend berücksichtigt.
Bei der Fütterung des Kindes wird hier versucht, den Wünschen der Mutter entgegenzukommen, so daß häufig sowohl nach Bedarf als auch nach festem Zeitplan genannt wurde. In dieser Kategorie wird allerdings auch am häufigsten (20 %) so verfahren, daß bei rooming-in nach Bedarf, sonst nach festem Zeitplan gefüttert wird.

200 - 400 Betten

In dieser Kategorie liegen die im Vergleich schlechtesten Ergebnisse vor, was die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte um die Geburt angeht.

Weniger als 200 Betten

In der Frage nach einem geforderten Mindestalter für Kinder, die die Mutter auf der Station besuchen möchten, zeigen die kleinen Häuser das weitaus größte Verständnis für die Bedürfnisse von Kindern und Müttern. In allen anderen Fragen werden psychosoziale Aspekte noch sehr unzureichend berücksichtigt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß bisher in größtem Umfang in großen Krankenhäusern, am besten in der Kategorie 400 - 600 Betten, die Bedeutung psychosozialer Aspekte auf geburtshilflichen Stationen berücksichtigt worden ist und zu Veränderungen geführt hat. In kleineren Krankenhäusern hängt offenbar viel vom Engagement und von der persönlichen Einstellung des jeweiligen Chefarztes ab, daß neue Erkenntnisse durchgesetzt werden.

3.4. Regionaler Vergleich

Vergleich der Ergebnisse der Bundesländer, zusammengefaßt zu einem

a. nördlichen Komplex (Norden), der die Bundesländer Bremen, Hamburg Schleswig-Holstein und Niedersachsen mit 29 Anstalten umfaßt,

b. zentralen Komplex (Mitte), der die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Hessen mit 68 Anstalten umfaßt,

c. südlichen Komplex (Süden), der die Bundesländer Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg und Bayern mit 73 Anstalten umfaßt.

Untersucht wurde, ob es regionale Unterschiede in der Berücksichtigung psychosozialer Aspekte bei der Perinatalversorgung gesunder Neugeborener gibt.

Die folgenden Fragen betreffen die Routineversorgung normaler, nicht operativer Geburten und gesunder Neugeborener.

1. Wer darf anwesend sein während der Wehen, während der nicht operativen Entbindung und in den ersten 30 Minuten nach der Geburt?

Vater des Kindes

	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
Norden	(35) 100 %	-	-
Mitte	(68) 100 %	-	-
Süden	(73) 100 %	-	-

Tab. 35: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 1 für den Vater des Kindes

Verwandte

	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
Norden	(19) 54,3 %	(11) 31,4 %	(5) 14,3 %
Mitte	(25) 36,8 %	(29) 42,6 %	(14) 20,6 %
Süden	(29) 39,7 %	(27) 37,0 %	(17) 23,3 %

Tab. 36: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 1 für Verwandte

Geschwister

	ja	nein	nur in Ausnahmefällen
Norden	(13) 37,1 %	(22) 62,9 %	(5) 14,3 %
Mitte	(17) 25,0 %	(45) 66,2 %	(6) 8,8 %
Süden	(18) 24,6 %	(48) 65,8 %	(7) 9,6 %

Tab. 37: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 1 für Geschwister

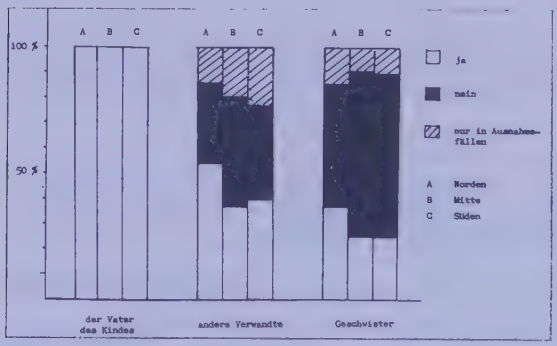

Abb. 19: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 1

Im Norden wird neben dem Vater etwas häufiger Verwandten und Kindern gestattet, bei der Geburt anwesend zu sein, falls die Mutter dies wünscht.

Der Vermerk, es solle aber nicht mehr als 1 Person anwesend sein, wird im Norden in 14,3 % (5), in der Mitte in 8,8 % (6) und im Süden in 15,1 % (11) genannt.

2. Wird das Kind der Mutter im Kreißsaal in den Arm gegeben?

	ja	nein	auf Wunsch
Norden	(35) 100,0 %	-	-
Mitte	(68) 100,0 %	-	-
Süden	(71) 97,3 %	-	(2) 2,3 %

Tab. 39: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 2

In allen Krankenhäusern wird das Kind der Mutter noch im Kreißsaal in den Arm gelegt, im Süden in 2,3 % nur auf Wunsch.

3. Wenn Stillen geplant ist, wird das Kind bereits im Kreißsaal angelegt?

	ja	nein	auf Wunsch
Norden	(35) 100,0 %	-	-
Mitte	(63) 92,6 %	(3) 4,4 %	(2) 3,0 %
Süden	(63) 86,3 %	(1) 1,4 %	(9) 12,3 %

Tab. 39: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 3

In weitaus den meisten Krankenhäusern wird die Bedeutung des frühen Anlegens noch im Kreißsaal, falls die Mutter ihr Kind stillen möchte, berücksichtigt.

Im Norden wird diese Praxis zu 100 % ohne Einschränkung gehandhabt.

In der Mitte geschieht dies in 4,4 % nicht und in 3 % nur auf ausdrücklichem Wunsch der Mutter.

Im Süden sieht das Ergebnis am ungünstigsten aus, wo nur in 86,3 % regelmäßig das Kind noch im Kreißsaal angelegt wird, in 1,4 % gar nicht und in 12,3 % nur, wenn die Mutter selbst den Wunsch dazu äußert.

4. Ist rooming-in möglich?

	ja	nein
Norden	(35) 100 %	-
Mitte	(68) 100 %	-
Süden	(73) 100 %	-

Regelung des rooming-in:

	Zeiten nach Wunsch	nur tagsüber	24-Stunden rooming-in
Norden	(26) 74,3 %	(23) 65,7 %	(8) 22,9 %
Mitte	(39) 57,4 %	(47) 69,1 %	(11) 16,2 %
Süden	(45) 61,6 %	(35) 47,9 %	(21) 28,8 %

Tab. 40: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 4

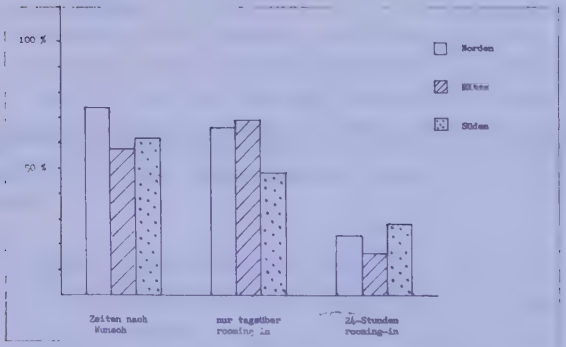

Abb. 20: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 4

Das Angebot für rooming-in besteht in allen befragten Häusern. Im Norden werden die rooming-in Zeiten am häufigsten nach dem Wunsch der Mutter ausgerichtet. Im Süden wird am wenigsten nur tagsüber und vergleichbar am häufigsten 24-Stunden rooming-in angeboten. Ausschließlich 24-Stunden rooming-in wurde in 9,6 % genannt, die alle aus dem Süden (Bayern) kamen.

5. Wird das Kind gefüttert

	an der Brust		mit der Flasche	
	nach Bedarf	nach Zeitplan	nach Bedarf	nach Zeitplan
Norden	(28) 80,0 %	(15) 42,9 %	(22) 62,9 %	(18) 51,4 %
Mitte	(48) 70,6 %	(33) 48,5 %	(43) 63,2 %	(40) 58,8 %
Süden	(51) 70,0 %	(32) 43,8 %	(35) 47,9 %	(44) 60,3 %

Tab. 41: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 5

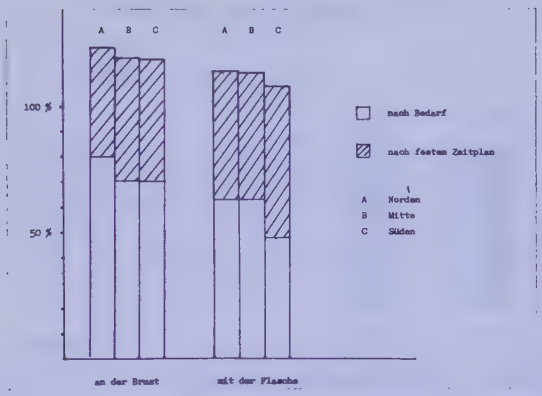

Abb. 21: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 5

Die Fütterung des neugeborenen Kindes findet im Norden und in der Mitte überwiegend nach Bedarf statt, sowohl bei Brusternährung als auch bei Ernährung mit der Flasche. Dabei werden im Norden die brusternährten Kinder doppelt so häufig nach Bedarf wie nach festem Zeitplan ernährt.

Im Süden wird an der Brust überwiegend nach Bedarf, mit der Flasche in in der Mehrzahl nach festem Zeitplan gefüttert.

Bei rooming-in nach Bedarf, sonst nach festem Zeitplan wird im Norden in 14,3 %, in der Mitte in 13,2 % und im Süden in 9,6 % gehandhabt.

6. Art des Kontaktes zwischen Vater und Kind

	kein Kontakt	Kontakt nur durch Glaswand möglich	im Arm halten	Pflege und Mitversorgung
Norden	-	(2) 5,7 %	(28) 80,0 %	(28) 80,0 %
Mitte	-	(6) 8,8 %	(43) 63,2 %	(51) 75,0 %
Süden	-	(11) 15,1 %	(55) 75,3 %	(42) 57,5 %

Tab. 42: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 6

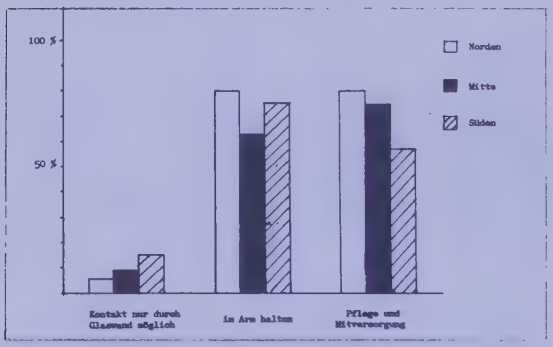

Abb. 22: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 6

Die übliche Art des Kontaktes zwischen Vater und Kind findet statt, indem der Vater sein Kind auf den Arm nimmt. Häufig ist aber gleichzeitig Pflege und Mitversorgung genannt worden, im Norden am häufigsten mit 82,8 %, in der Mitte in 75 % und im Süden in 57,5 %.

"Kontakt nur durch Glaswand möglich" ist im Norden in 3,4 % genannt worden, aber immer in Kombination mit "im Arm halten", falls der Vater den Wunsch dazu äußert. In der Mitte ist in 8,8 % der Kontakt nur durch die Glaswand möglich, aber in 7,3 % kann der Vater sein Kind auch in den Arm nehmen und mitversorgen, falls er dies wünscht. Im Süden ist der Kontakt nur durch die Glaswand in 15,1 % genannt. In 6,9 % ist es die einzige Art der Kontaktaufnahme zwischen Vater und Kind, in 8,2 % ist auf Wunsch auch engerer Kontakt möglich (in den Arm nehmen).

7. Wer darf die Mutter auf der Entbindungsstation besuchen?

Vater des Kindes

	zur normalen Besuchszeit	jederzeit
Norden	(28) 80,0 %	(7) 20,0 %
Mitte	(47) 69,1 %	(21) 30,9 %
Süden	(52) 70,0 %	(22) 30,0 %

Tab. 43: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 7 für den Vater des Kindes

Verwandte

	zur normalen Besuchszeit	jederzeit
Norden	(32) 91,4 %	(3) 8,6 %
Mitte	(58) 85,3 %	(10) 14,7 %
Süden	(59) 80,8 %	(14) 19,2 %

Tab. 44: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 7 für Verwandte

Kinder

	zur normalen Besuchszeit	jederzeit	Mindestalter gefordert
Norden	(25) 71,4 %	(3) 8,6 %	(7) 20,0 %
Mitte	(37) 54,4 %	(10) 14,7 %	(21) 30,9 %
Süden	(41) 56,2 %	(15) 20,5 %	(17) 23,3 %

Tab. 45: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 7 für Kinder

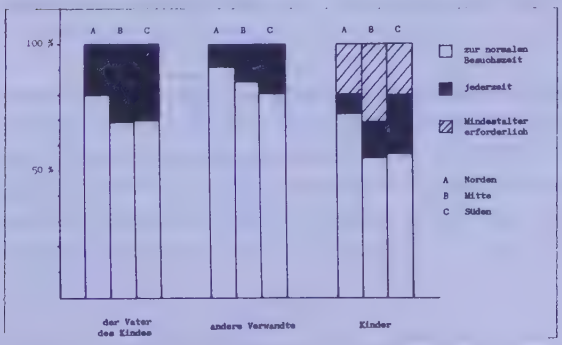

Abb. 23: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 7

Das beste Ergebnis in der Regelung des Besuches der Mutter auf der Station findet sich im Süden, wo der Vater des Kindes in 30 %, Verwandte und Kinder in ca. 20 % der Fälle jederzeit zu Besuch kommen dürfen.
In der Mitte dürfen der Vater des Kindes in 30 %, Verwandte und Kinder in ca. 15 % die Mutter zu jeder gewünschten Zeit besuchen.
Im Norden bestehen für den Vater des Kindes in 20 %, für Verwandte und Kinder in ca. 9 % keine Einschränkung durch feste Besuchszeiten.

Für Kinder, die die Mutter auf der Station besuchen möchten, wird im Norden in 20 %, in der Mitte in 30 % und im Süden in 23 % ein Mindestalter gefordert.

8. Besuch des neugeborenen Kindes im Neugeborenenzimmer

Mutter

	freier Zugang	begrenzter Zugang	kein Zugang
Norden	(24) 68,6 %	(8) 22,8 %	(1) 2,9 %
Mitte	(37) 54,4 %	(19) 27,9 %	(7) 10,3 %
Süden	(37) 50,7 %	(13) 17,8 %	(16) 21,9 %

Tab. 46: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 8 für die Mutter des Kindes

Vater

	freier Zugang	begrenzter Zugang	kein Zugang
Norden	(7) 20,0 %	(10) 28,6 %	(16) 45,7 %
Mitte	(11) 16,2 %	(23) 33,8 %	(29) 42,6 %
Süden	(11) 15,1 %	(19) 26,0 %	(36) 49,3 %

Tab. 47: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 8 für den Vater des Kindes

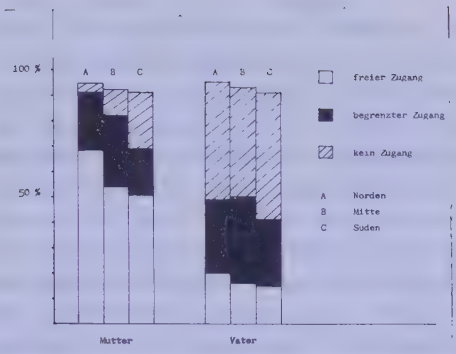

Abb. 24: Regionaler Vergleich in Beziehung zu Frage 8

Der Zugang zum Neugeborenenzimmer, wenn sich das Kind nicht bei der Mutter im Zimmer befindet, wird dem Vater in allen Häusern in nahezu der Hälfte der Fälle verweigert. Die Mutter dagegen hat im Norden nur in 2,9 %, in der Mitte in 10,3 % und im Süden in 21,9 % keinen Zugang.

Diesen Punkt nicht ausgefüllt, zum Teil mit dem Hinweis "kein Kinderzimmer, da nur rooming-in" haben im Norden 5,7 %, in der Mitte 7,4 % und im Süden 9,6 % der befragten Krankenhäuser.

Abschließende Beurteilung

Die Krankenhäuser, unterteilt nach regionalen Aspekten, sind beurteilt worden unter dem Gesichtspunkt, wie sie auf die Bedürfnisse von Kind, Mutter, Vater und Geschwistern eingehen, solange Mutter und Kind sich im Krankenhaus befinden.

Diesen Gesichtspunkt als Maßstab genommen, finden sich im Norden bei der überwiegenden Mehrheit der gefragten Aspekte im Vergleich die besten Ergebnisse, ausgenommen der Besuch der Mutter im Krankenhaus durch den Vater des Kindes, Verwandte und Kinder, wo die größte Rücksicht auf feste Besuchszeiten genommen werden muß, verglichen mit der Mitte und dem Süden.

Im Süden wird am häufigsten 24-Stunden rooming-in angeboten und bezüglich des Besuches der Mutter auf der Station müssen sich die Besucher am wenigsten an feste Besuchszeiten halten. Doch die im Vergleich negativsten Ergebnisse kommen aus dem Süden. So wird in 12 % das Kind nur auf besonderem Wunsch der Mutter noch im Kreißsaal angelegt, wenn sie ihr Kind stillen möchte. Der Kontakt des Vaters zu seinem Kind geht in 15 % der befragten Häuser normalerweise nicht über einen "Sichtkontakt durch die Glaswand" hinaus und in 7 % kann der Vater nicht einmal auf ausdrücklichem Wunsch einen engeren Kontakt zu seinem Kind herstellen. Die Mutter hat in über 20 % keinen Zugang zum Neugeborenenzimmer. Auffällig ist auch der im Vergleich zum Norden hohe Anteil der Fütterung nach festem Zeitplan bei Kindern, die mit der Flasche ernährt werden.

Die Mitte liegt mit den Ergebnissen zumeist zwischen den Ergebnissen aus dem Norden und dem Süden, tendiert in einigen Fragen eher zu den besseren Ergebnissen, z.B. in der Frage der Fütterung des Kindes nach Bedarf oder bei der "Pflege und Mitversorgung" des Kindes durch den Vater. Im Vergleich mit dem Norden und dem Süden die negativsten Ergebnisse für die Mitte ergeben sich bei der Forderung nach einem bestimmten Mindestalter für Kinder, die die Mutter auf der Station besuchen möchten. 24-Stunden rooming-in wird hier am seltensten angeboten.

Abschließend kann man sagen, daß psychosoziale Aspekte bei der Perinatalversorgung im Norden der BRD noch etwas stärker berücksichtigt werden.

3.5. Informationsmaterial an die Eltern

Als letzter Punkt des Fragebogens war eine zusätzliche Bitte an den beantwortenden Arzt gerichtet, sämtliche Informationsbroschüren über die Krankenhausroutine, die den Eltern mitgegeben würden, dem ausgefüllten Fragebogen beizufügen. 59 Häuser haben unserem Wunsch entsprochen und uns Informationsmaterial zugesandt.

Wir haben in 51 Fällen selbst ausgearbeitete Informationsbroschüren oder -blätter erhalten, davon schickten uns 41 Kliniken ausschließlich selbst erstellte Broschüren, 10 Häuser ließen uns selbst erstelltes Material plus Firmenprospekte und/oder "Eltern" usw. zukommen. In 8 Fällen erhielten wir ausschließlich Reklamehefte. Unter den Reklameheften befanden sich Firmenprospekte von Alete, Aponti, Humana, Hipp, Milupa, die Sonderausgabe von "Eltern", "Mutter und Kind" und "Das Baby Buch".

Die selbst erarbeiteten Broschüren waren überwiegend von Milupa, Alete, usw. finanziert. Vollständig ohne kostentragende Firma hergestellte Broschüren wurden uns von 2 Kliniken übersandt. 38 Kliniken fügten selbst erstellte "Merkblätter für werdende Mütter" bei. Die Qualität und Quantität variierte von einem Informationsblatt zur Handhabung des rooming-in bis zu einer umfangreichen Merkblattsammlung, vergleichbar einer Broschüre. Die Merkblätter waren sämtlich ohne kostentragende Firma gedruckt.

In den selbst ausgearbeiteten Informationsbroschüren und -blättern wird hauptsächlich die Situation und die Möglichkeiten im eigenen Haus beschrieben. Vorherrschende Themen sind Termine für die Schwangerenberatung und -gymnastik, Betreuung während der Geburt mit Möglichkeiten der medikamentösen Schmerzunterdrückung bis zur schmerzlosen Geburt, freundliche Einladung an den Ehemann, bei der Geburt dabei zu sein. Besondere Aufmerksamkeit ist dem Problem der Technik im Kreißsaal gewidmet. Ausführlich, und mit viel Verständnis für die Ressentiments, wird die absolute Notwendigkeit der Sprengung der Fruchtblase, Anlegen der Elektroden für die kardiotokographische Aufzeichnung, Legen eines venösen Zugangs bei der Mutter, Zuhilfenahme der Zange und die "unumgängliche" Episiotomie erklärt. Weiterhin werden das rooming-in vorgestellt und die Vorteile des Stillens erläutert, mit Erklärungen, warum in den ersten Tagen eine Beifütterung nötig ist.

In den von den geburtshilflichen Abteilungen und Frauenkliniken selbst erstellten Broschüren wird viel um Verständnis geworben für unangenehme, aber unvermeidliche Begleitumstände und Maßnahmen bei der Geburt und auf der Wöchnerinnenstation. Es wird eindringlich betont, dies geschehe nur zur Sicherheit von Mutter und Kind und eine Ablehnung dieser Maßnahmen gefährde die Gesundheit beider.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Das europäische Büro der Weltgesundheitsorganisation führt zur Zeit eine Studie über die perinatale Versorgung in den verschiedenen Ländern Europas durch. Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Pilotstudie zu einem Unterkapitel dieses Projektes, das die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte bei der Geburtshilfe und im Wochenbett betrifft.

Zu diesem Zweck ist ein Fragebogen von der WGO erstellt worden, von dem wir eine deutschsprachige Fassung erstellt haben (siehe Anlage).

Dieser Fragebogen ist an einen repräsentativen Querschnitt geburtshilflicher Kliniken in der BRD verschickt worden. Die Auswahl der Krankenhäuser ist von Infratest Gesundheitsforschung in München getroffen worden, die für die schriftliche Befragung ein Sample von 208 Anstalten erstellten. Die Stichprobe repräsentiert die Grundgesamtheit der geburtshilflichen Kliniken bezüglich der Kriterien Krankenhaustyp, Krankenhausgröße und regionale Verteilung.

Von den 208 angeschriebenen Krankenhäusern haben 178 (85 %) die Fragebögen ausgefüllt zurückgeschickt. Die Auswertung der Antworten erfolgte erst in einer Zusammenfassung, dann nach den genannten Kriterien unterteilt.

Das Ergebnis der Umfrage zeigte, daß in großem Umfang die Bedeutung psychosozialer Aspekte bei der perinatalen Versorgung in der BRD anerkannt sind und zu Veränderungen in den geburtshilflichen Kliniken geführt haben.

Der Bedeutung der für die Mutter-Kind Beziehung so wichtigen Zeit direkt nach der Geburt und in den ersten Tagen danach (4, 18, 19, 27, 28) wird in den meisten geburtshilflichen Kliniken Rechnung getragen. So bekommt die Mutter in nahezu allen befragten Häusern (98,9 %) ihr Kind noch im Kreißsaal in den Arm gelegt. Allerdings ist aus der Umfrage nicht ersichtlich, für eine wie lange Zeit und ob das Kind noch nackt oder schon angezogen ist. Andere Studien hatten ergeben, daß der enge Haut-zu-Haut

Kontakt direkt nach der Geburt für mindestens 20 - 30 Minuten einen langfristigen Einfluß auf das mütterliche Verhalten hat (4, 18, 19, 27, 28).

Rooming-in ist, wenn gewünscht, in allen Kliniken möglich, hauptsächlich allerdings nur tagsüber; 24-Stunden rooming-in wird nur in 22 % der Krankenhäuser angeboten. Wenn sie ihr Kind nicht bei sich hat, kann die Mutter ihr Neugeborenes meist ohne Schwierigkeiten im Kinderzimmer besuchen. In 14 % der befragten Häuser ist das aber nicht möglich und die Mutter hat keinen Zugang zum Neugeborenenzimmer.

In über 90 % der geburtshilflichen Kliniken wird das Kind noch im Kreißsaal angelegt, wenn die Mutter plant, ihr Kind zu stillen. Gestillte Kinder werden in über 70 % nach Bedarf gefüttert, gegenüber Flaschenkindern, die gleich häufig nach Bedarf wie nach festem Zeitplan ernährt werden. In 11 % wurde der Vermerk gemacht, daß bei rooming-in nach Bedarf, sonst nach festem Zeitplan gefüttert werde.

Der Vater darf heute in allen Kliniken bei der Geburt dabei sein. Gleichzeitig bekommt er Gelegenheit zu einem frühen engen physischen Kontakt mit seinem Kind. Eine weitere Möglichkeit für Kontakt ist die Pflege und Mitversorgung des Neugeborenen durch den Vater, dem in 70 % der befragten Häuser diese Möglichkeit geboten wird. Die größte Beschränkung besteht hierbei in der Besuchszeitenregelung. In den meisten Fällen (72 %) muß auch der Vater des Kindes sich an die festgesetzten Besuchszeiten halten, wenn er seine Frau und sein Kind sehen will.

Die Verwandten und Freunde der Frau dürfen in 85 % nur zur normalen Besuchszeit auf die Wöchnerinnenstation, Kinder in 58 % der Fälle. 26 % der befragten Häuser forderten ein gewisses Mindestalter.

Die Auswertung der Fragebögen, unterschieden nach den genannten Kriterien, hat folgendes ergeben. Fachkrankenhäuser für Gynäkologie und Geburtshilfe nehmen gegenüber Allgemeinkrankenhäusern mit geburtshilflichen Abteilungen eine verständnisvollere Haltung ein beim geforderten Mindestalter für Kinder und bieten vermehrt 24-Stunden rooming-in an. In anderen Bereichen sind allerdings die Allgemein-Krankenhäuser aufgeschlossener, z.B. bei der Pflege und Mitversorgung des Kindes durch den Vater oder in der Frage des Besuches des Kindes im Neugeborenenzimmer durch die Mutter.

Bei der Unterteilung nach Bettengrößenklassen hat sich ergeben, daß psychosoziale Aspekte eher in den großen Häusern mit 400 Betten und mehr berücksichtigt werden. In nahezu allen Fragen zeigten die kleineren Häuser unbefriedigendere Ergebnisse, außer beim geforderten Mindestalter für Kinder, die die Mutter auf der Station besuchen möchten.

Die regionale Unterteilung in Norden, Mitte und Süden der BRD ergab ein leichtes aber deutliches Nord-Süd Gefälle. Die Fragen insgesamt beurteilt, sind die psychosozialen Aspekte im Norden stärker berücksichtigt. Aus dem Süden kamen die besten Ergebnisse beim Angebot für 24-Stunden rooming-in und dem zeitlich ungehinderten Besuch der Mutter auf der Station. Aber in allen anderen Fragen lagen im Vergleich negativere Ergebnisse vor.

Abschließend kann festgestellt werden, daß zwar in erheblichem Umfang die Bedeutung frühen und intensiven physischen Kontaktes des Neugeborenen zu Mutter und Vater für die Aufnahme einer emotionalen Beziehung anerkannt ist. Restriktive Maßnahmen wie verbotener Zugang zum Kinderzimmer, Einschränkungen im Besuchsrecht des Vaters, strenge Besuchszeitenregelung u.a.m. werden mancherorts jedoch mehr als notwendig aufrecht erhalten.

5. Literaturliste

1. BACON, C.J., J.M. WYLIE: Mothers' Attitudes to Infant Feeding at Newcastle General Hospital in Summer 1975. Britisch Medical Journal. 1, 308-309 (1976)

2. BOLTE, A.: Bewertung und Behandlung von Stillhindernissen bei der Frau. Stillen und Stillhindernisse. Bericht über ein internationales Symposium in Düsseldorf. Deutsches Grünes Kreuz. 61-66, (1979)

3. BRAUN, O.H.: Über die infektionsverhütende Wirkung der Muttermilch und deren mögliche Ursachen. Klin. Pädiat. 188, 297 (1976)

4. DE CHATEAU, P., H. HOLMBERG, K. JAKOBSSON, J. WINBERG: A Study of Factors Promoting and Inhibiting Lactation. Developmental Medicine and Child Neurology. 19, 575-584 (1977)

5. European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGAN): Guidelines on Infant Nutrition III. Acta paediat. scand. suppl. in Vorbereitung

6. FORBES, R.: The Father's Role. Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology. 3rd int. Congr., London 1971, pp 281-283 (Karger, Basel 1972)

7. FRAZIER, C.: Routine Perinatal Procedures - Their Necessity and Psychosocial Effects, (1982). In Vorbereitung

8. FRIEDMAN, D.D.: Motivation for Natural Childbirth. Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology. 3rd int. Congr., London 1971, pp 30-34 (Karger, Basel 1972)

9. GOTHEFORS, L.: Studies of Antimicrobial Factors in Human Milk and Bacterial Colonization of the Newborn. Umea University Medical Dissertations (1975)

10. GREENBERG, M.: Behavior and Cry Patterns in the First Two Hours of Life in Early and Late Clamped Newborns. Ann. Paediat. Fenn. 13, 64-70 (1967)

11. GREENBERG, M, I. ROSENBERG, J. LIND: First Mothers Rooming-in With Their Newborns: Its Impact upon the Mother. American Journal of Orthopsychiatry. 43, 783-788 (1973)

12. GREENBERG, M., N. MORRIS: Engrossment: The Newborn's Impact upon the Father. American Journal of Orthopsychiatry. 44, 520-531 (1974)

13. GRÜTTNER, R., D.U. LEIBER: Vorzüge der Ernährung mit Muttermilch. Mschr. Kinderheilk. 124, 25 (1976)

14. HENNEBORN, W.J., R. COGAN: The Effect of Husband Participation on Reported Pain and Probability of Medication during Labour and Birth. Journal of Psychosomatic Research. 19, 215-222 (1975)

15. JACKSON, E.: A Hospital Rooming-in for Four Newborn Infants and Their Mothers. Pediatrics. 1, 28-43 (1948)

16. JACKSON, E., L. WILKIN, H. AUERBACH: Statistical Report on Incidence and Duration of Breast-feeding in Relation to Personal, Social, and Hospital Maternity Factors. Pediatrics. 17, 700 (1956)

17. JELLIFFE, D.B., E.F.P. JELLIFFE: Human Milk in the Modern World. Oxford University Press, Oxford-New York-Toronto 1978

18. KENNELL, J.H., R. JERAULD, H. WOLFE, D. CHESLER, N.C. KREGER, W. McALPINE, M. STEFFA, M.H. KLAUS: Maternal Behavior One Year After Early and Extended Post-partum Contact. Developmental Medicine and Child Neurology. 16, 172-179 (1974)

19. KLAUS, M.H., R. JERAULD, N.C. KREGER, W. McALPINE, M. STEFFA, J.H. KENNELL: Maternal Attachment: Importance of the First Post-partum Days. The New England Journal of Medicine. 286, 460-463 (1972)

20. KRON, R.E., M. STEIN, K.E. GODDARD: Newborn Sucking Behavior Affected by Obstetric Sedation. Pediatrics. 37, 1012-1016 (1966)

21. LIND, J., J. JADERLING: The Influence of "Rooming-in" on Breast-feeding. Acta. Ped. Scand. (supp. 159), 167 (1965)

22. LIND, J., V. VUORENKOSKI, O. WASZ-HÖCKERT: The Effect of Cry Stimulus on the Temperature of the Lactating Breasts of Primi-para. Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology 3rd int. Congr., London 1971, pp 293-295 (Karger, Basel 1972)

23. NEWTON, N.A.: A Woman's Viewpoint on Woman's Problems. Psycho-somatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology 3rd int. Congr., London 1971, pp 13-19 (Karger, Basel 1972)

24. NEWTON, M.: Mammary Effects. American Journal of Clinic Nutrition. 24, 987-990 (1971 a)

25. ÖSTERLUND, K. und S. TIMONEN: Stillen im Kreißsaal. Stillen und Stillhindernisse. Bericht über ein internationales Symposion in Düsseldorf. Deutsches Grünes Kreuz. 109-114 (1979)

26. OLMSTED, R., R. SVIBERGSON, J. KLEEMAN: The Value of Rooming-in Experience in Pediatric Training. Pediatrics. 3, 617 (1949)

27. RINGLER, N.M., J.H. KENNELL, R. JARVELLA, B.J. NAVOJOSKY, M.H. KLAUS: Mother-to-child Speech at 2 years - Effects of Early Postnatal Contact. Journal of Pediatrics. 86, 141-144 (1975)

28. RINGLER, N., M.A. TRAUSE, M. KLAUS: Mother's Speech to her two-year old, its Effect on Speech and Language Comprehension at 5 years. Pediatric Research. 10, 307 (1976)

29. SASMOR, J.L.: The Role of the Father in Labour and Delivery. Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology 3rd int. Congr., London 1971, pp 277-280 (Karger, Basel 1972)

30. SCHMIDT, E.: Vorzüge der Muttermilchernährung des Säuglings. Mschr. Kinderheilk. 127, 525 (1979)

31. SHEA, N., E. KLATSKIN, E. JACKSON: Home Adjustment of Rooming-in Mothers and Non-rooming-in Mothers. Amer. J. Nursing. 52, 65 (1952)

32. SOSA, R., J.H. KENNELL, M. KLAUS, J.J. URRUTIA: The Effect of Early Mother-Infant Contact on Breast-feeding, Infection, and Growth. Breast-feeding and the Mother. Ciba Foundation Symposium 45 (1976)

33. STRONG, R.: Rooming-in of the Newborn with its Lying-in Mother. Diplomate. 21, 301 (1949)

WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
WELTGESUNDHEITSORGANISATION
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
BUREAU REGIONAL DE L'EUROPE
REGIONALBÜRO FÜR EUROPA
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

CODE - NR.

«» FRAGEBOGEN «»

Name der geburtshilflichen Klinik: _____

Die folgenden Fragen betreffen die Routineversorgung normaler, nicht operativer Geburten und gesunder Neugeborener.

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Kästchen an.

		ja	nein
1. Wer darf anwesend sein			
a) während der Wehen	der Vater des Kindes		
	andere Verwandte		
	Geschwister		
b) während der nicht operativen Entbindung	der Vater des Kindes		
	andere Verwandte		
	Geschwister		
c) in den ersten 30 Minuten nach der Geburt	der Vater des Kindes		
	andere Verwandte		
	Geschwister		
Andere Regelung: (bitte kurze Erläuterung)			
2. Wird das Kind der Mutter im Kreißsaal in den Arm gegeben?			
Andere Regelung: (bitte kurze Erläuterung)			
3. Wenn Stillen geplant ist, wird das Kind bereits im Kreißsaal angelegt?			
Andere Regelung: (bitte kurze Erläuterung)			
4. Ist "rooming in" (das Kind bleibt bei der Mutter) möglich?			
Wenn ja:	Zeiten nach Wunsch		
	nur tagsüber		
	24-Stunden		
Andere Regelung: (bitte kurze Erläuterung)			

- bitte wenden -

5. Wird das Kind gefüttert

		ja	nein
a) an der Brust	nach Bedarf		
	nach festem Zeitplan		
b) mit der Flasche	nach Bedarf		
	nach festem Zeitplan		

Andere Regelung:
(bitte kurze Erläuterung)

6. Art des Kontaktes zwischen Vater und Kind

	ja	nein
kein Kontakt		
Kontakt nur durch Glaswand möglich		
im Arm halten		
Pflege und Mitversorgung		

Andere Regelung:
(bitte kurze Erläuterung)

7. Wer darf die Mutter auf der Entbindungsstation besuchen?
(geben Sie bitte die Besuchszeiten an)

	wochentags	Wochenende
Vater		
Verwandte		
Kinder (Mindestalter, falls entsprechende Regelung besteht ☐)		

Andere Regelung:
(bitte kurze Erläuterung)

8. Besuch des neugeborenen Kindes

Falls das Kind in einem normalen Neugeborenenzimmer ist, geben Sie bitte die Zeiten für den Zugang an für

	freier Zugang	begrenzter Zugang	kein Zugang
Mutter			
Vater			

Andere Regelung:
(bitte kurze Erläuterung)

Nun noch eine zusätzliche Bitte an Sie:

Wenn möglich, fügen Sie bitte alle Informationsbroschüren über die Krankenhausroutine bei, die Sie den Eltern geben.

LEBENSLAUF

1951	geboren am 18. September 1951 in Oberhausen Eltern: Marianne Rabe (Hausfrau) und Bertold Rabe (Schlosser)
1958 bis 1966	Volksschule in Oberhausen
1966 bis 1968	Städtische Handelsschule Oberhausen
1968 bis 1970	kaufmännische Angestellte im Bereich des Rechnungswesens bei der GHH Sterkrade in Oberhausen
1970 bis 1971	au-pair in England
1971 bis 1975	Fremdsprachenkorrespondentin bei einer japanischen Import-Export Firma in Düsseldorf
1973 bis 1977	Abendgymnasium Düsseldorf Abschluß: Zeugnis der Reife
1977	Beginn des Medizinstudiums an der Universität in Düsseldorf

Ilona Rabe